

Nota Técnica

**Hepatite C no Brasil:
Panorama atual e desafios
em face à pandemia de
COVID-19**



São Paulo, 10 de fevereiro de 2021.



Nota Técnica



Hepatite C no Brasil: Panorama atual e desafios em face à pandemia de COVID-19



Carolina Coutinho, pesquisadora pós-doutora EAESP/FGV, bolsista Fapesp (2020/06990-6) e da Rede de Pesquisa Aplicada da FGV (projeto *Newton Fund Institutional Links*).

Francisco Inacio Bastos, pesquisador titular do ICICT/Fiocruz, pesquisador 1A do CNPq, Investigador principal do projeto *Newton Fund Institutional Links*

Elize Massard da Fonseca, professora e pesquisadora da EAESP/FGV, Investigadora principal do projeto *Newton Fund Institutional Links*

Ken Shadlen, professor departamento de desenvolvimento internacional, LSE e investigador principal do projeto *Newton Fund Institutional Links*



Sumário Executivo

- ▶ Apresentamos uma análise descritiva de dados oficiais sobre hepatite C a fim de elaborar um panorama e subsidiar cenários epidemiológicos no Brasil
- ▶ Em 2017 o Brasil figurava entre os países comprometidos com a eliminação das hepatites virais e no ano seguinte ampliou as modalidades de tratamento, prevendo acesso universal ao tratamento para todas as pessoas com infecção pelo vírus da hepatite C no Brasil
- ▶ Até 2019 era possível identificar tendência de queda em alguns dos indicadores do país específicos para este agravamento. O planejamento das ações do país e seus resultados colocavam o Brasil em situação favorável ao cumprimento das metas previstas no Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil.
- ▶ A pandemia de COVID-19 impactou diretamente o diagnóstico e tratamento de HCV. Foram realizadas alterações nos fluxos de diagnóstico e tratamento.
- ▶ Em 2020 a dispensação de tratamentos para HCV anual do país caiu mais de 50% (em comparação a 2019), provavelmente refletindo, em parte, as consequências da pandemia de COVID-19 para o controle do HCV no país.
- ▶ É preciso que os municípios incluam nos seus PMS ações que visem a implementação das novas diretrizes da atenção básica, garantindo o funcionamento adequado do tratamento de pacientes de HCV e considerando o compromisso do país com as metas estabelecidas no Plano de Eliminação da Hepatite C.

Introdução

O ano de 2020 ficou marcado pelo desafio mundial à saúde pública e à própria dinâmica social, nos mais diversos contextos, em função da pandemia de COVID-19 e à complexidade do manejo, controle e prevenção desta nova infecção/doença. No entanto, ainda que em meio a uma pandemia, o reconhecimento da importância da meta global de eliminação (como recentemente redefinida pela OMS¹) da infecção pelo vírus da Hepatite C (HCV) como questão central de saúde pública se destacou através da atribuição do Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 2020 a Harvey Alter, Michael Houghton e Charles Rice pela descoberta do vírus da Hepatite C, aproximadamente 30 anos após a publicação do referido trabalho².

Essa nota técnica tem por objetivo apresentar uma análise descritiva de dados oficiais sobre hepatite C a fim de elaborar um panorama e subsidiar cenários epidemiológicos deste agravo no Brasil. Além disso, essa nota contextualiza as ações de diagnóstico e tratamento do HCV em relação às metas estabelecidas no plano para eliminação das hepatites virais, bem como as alterações na assistência ao paciente de hepatite C em função da epidemia de COVID-19.

1 Disponível em https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirschall.pdf?ua=1, acessado em 04/02/2021.

2 *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2020*. NobelPrize.org. Nobel Media AB 2021. Wed. 3 Feb 2021. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2020/summary/>

Os resultados aqui apresentados ilustram a atuação do Brasil frente à epidemia de HCV, bem como podem ser utilizados para fundamentar ações de gestores municipais, estaduais e federais. Esse estudo é financiado pelo projeto *Newton Fund Institutional Links*, uma parceria entre a Fundação Getúlio Vargas, a Fundação Oswaldo Cruz, e a *London School of Economics* e que tem por objetivo analisar a resposta do Brasil a epidemia de hepatite C.

No plano para eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016, foram estabelecidas ações e metas de curto, médio e longo prazo. O Brasil vinha se destacando no atendimento a estas metas. Na Cúpula Mundial de Hepatites (*World Hepatitis Summit - WHS*), realizada no Brasil em 2017, o Brasil figurava entre aqueles comprometidos com a eliminação das hepatites virais, com destaque a declaração do Ministro da Saúde Ricardo Barros no discurso de abertura do evento que afirmou que, naquele momento, o Brasil estava tratando e curando todos os 660 mil brasileiros que estavam infectados pelo HCV naquele ano. No mesmo evento, o então Ministro da Saúde se comprometeu a ampliar o acesso aos antivirais de ação direta (*direct-acting antiviral – DAA*), o que permitiu expandir o tratamento para todos os casos elegíveis e não somente para os pacientes mais graves (WHS, 2017), seguindo o exemplo da estratégia pioneira e sucedida adotada para o controle do HIV no país (Fonseca et al., 2019).

Ainda em 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) aprovou o “Plano de Eliminação da Hepatite C no Brasil”. Esse plano propôs várias ações, dentre elas: (1) estimar os casos de hepatites em âmbito nacional, com base nos dados epidemiológicos; (2) estabelecer propostas de metas em relação a números de casos a serem testados, diagnosticados e tratados para atingir a meta pretendida (seguindo a orientação da OMS); (3) avaliar custos necessários para alcançar as metas desejadas (MS, 2018 – Plano de Eliminação).

Para estimar o número de casos de HCV no país, o Ministério da

Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Center for Disease Analysis (CDA), elaborou um modelo matemático. Estimou-se que, em 2016, a prevalência de pessoas sororreagentes (anti-HCV) era de, aproximadamente, 0,7% das pessoas entre 15 e 69 anos do país, ou seja, casos virêmicos e que necessitavam de tratamento (Benzaken et al., 2018, 2019). Esta estimativa foi utilizada como base pelo MS para estabelecimento das metas de testagem e tratamento anuais. Para o ano de 2020, as metas estabelecidas foram, na ocasião: testar 15.384.000 pessoas na população geral, realizar 40.000 novos diagnósticos por ano e ter 50.000 pessoas tratadas por ano, para assim reduzir em 65% da mortalidade associada a Hepatite C no Brasil, até 2030 (MS, 2018 – Plano de Eliminação).

Em 2018 o MS lançou ainda o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções” (PCDT), que ampliava as modalidades de tratamento, prevendo acesso universal ao tratamento para todas as pessoas com infecção pelo vírus da hepatite C no Brasil (MS, 2018 – PCDT).

Dados e Metodologia

Essa nota técnica baseou-se na análise descritiva e observação dos dados oficiais de acesso aberto sobre hepatite C no país, disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, bem como pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Para realização do presente trabalho, foram coletados dados públicos oficiais, oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), trabalhados e disponibilizados pelo DCCI/SVS/MS, através do painel de indicadores e dados básicos das hepatites nos Municípios brasileiros³ e do painel de monitoramento das

³ Disponível em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessado em 22/01/2021.

hepatites virais⁴. Foram também considerados os dados publicados no Boletim Epidemiológico de Hepatites virais de 2020, que inclui os dados de notificação realizados até 31/12/2019. Os dados do SINAN disponibilizados pelo DATASUS com possibilidade de tabulação pelo Tabnet não foram utilizados pois estão sem atualização desde meados de 2019⁵.

Os dados brutos e indicadores epidemiológicos padronizados estão apresentados através de gráficos e tabelas e seu conteúdo comentado de maneira descritiva. Apresentamos resultados para o Brasil e para as 5 Macrorregiões do País.

Resultados e Discussão

No Brasil, a vigilância epidemiológica de hepatites C é realizada através da notificação e monitoramento de casos suspeitos de HCV registrados no SINAN. Todos os casos confirmados e surtos devem ser notificados e registrados por meio da “Ficha de Investigação das Hepatites Virais”⁶.

A notificação compulsória de doenças no Brasil foi definida em 1975 pela lei 6.259, de 30 de outubro, e o SINAN implantado de forma gradual a partir de 1993 (Brasil, 2007). A notificação de casos das hepatites virais, de maneira universal, teve início no SINAN em 1996. Entretanto, em 1998 as hepatites virais foram retiradas da lista de doenças de notificação compulsória com a justificativa de que esse registro teria pouco a contribuir para a vigilância epidemiológica uma vez que apresentam características distintas entre si, como forma de transmissão e distribuição na população, permanecendo como obrigatória apenas a notificação da hepatite

4 Disponível em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessado em 22/01/2021.

5 Disponível em http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?ETL_hepa/ETL_hepatfbr.def (última atualização 07/08/2019) e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/hepabr.def> (última atualização em 30/01/2019), acessados em 22/01/2021.

6 Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf, acessado em 22/01/2020.

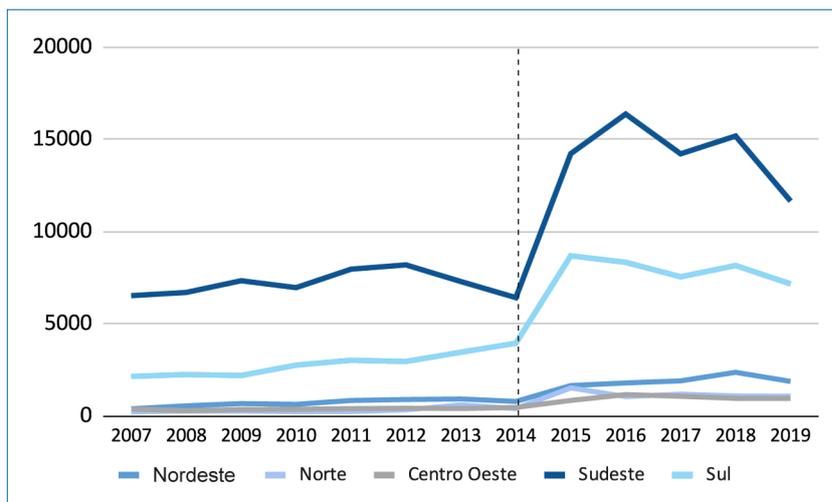
B (Teixeria et al, 1998). A hepatite C voltou a ser um agravo de notificação compulsória em 1999, através da portaria 1.461/1999.

Em 2002, as hepatites ganharam maior visibilidade dentro do Ministério da Saúde com a criação Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Com isso foi possível organizar melhor a assistência às pessoas vivendo com hepatites virais. Por exemplo, os sistemas de informação epidemiológica e assistencial passaram a ser utilizados para monitorar a evolução da doença, bem como foram criados indicadores de saúde para avaliar a situação epidemiológica do agravo no país.

Para compreender e analisar os dados oficiais disponíveis, é necessário levar em conta os critérios utilizados para definição de caso. Até 2014, eram considerados casos de HCV aqueles indivíduos que apresentavam marcadores sorológicos reagentes (anti-HCV e HCV-RNA). No entanto, a partir de 2015 e das novas orientações da OMS para eliminação da hepatite C como problema de saúde pública, os critérios foram modificados, passando a ser considerado ‘caso’ todo indivíduo que apresentasse ao menos um dos marcadores sorológicos reagentes (Anti-HCV ou HCV-RNA). Com o alargamento dos critérios, a sensibilidade de detecção de novos casos melhorou, o que se refletiu diretamente nas estatísticas oficiais do país. Como pode ser verificado nas Figuras 1 e 2, a partir de 2015, observa-se uma tendência de elevação na taxa de detecção de casos de HCV, em todas as regiões do país. Obviamente, ao adotar critérios mais flexíveis é impossível descartar a possibilidade de um aumento, ainda que modesto (devido a elevada especificidade dos referidos testes), de falso positivos.

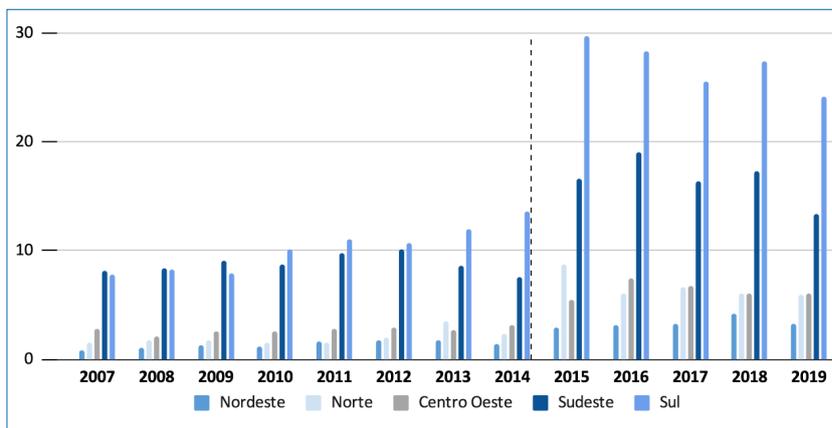
É importante destacar que a mudança das diretrizes da OMS em 2015 com foco na eliminação da hepatite C consideraram a introdução da terapia por ‘agentes antivirais diretos’ ou DAAs (do inglês direct antiviral agents), considerando que uma vez que a capacidade de tratar aumenta, a definição de “necessidade de tratar” também se expande.

Figura 1.
Número de casos de HCV¹ por ano de notificação, segundo macrorregião do Brasil, 2007 a 2019¹



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2019; disponíveis em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessados em 22/01/2021. Casos 2007 - 2014 com marcador anti-HCV reagente e HCV-RNA reagente; casos 2015-2019 com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente. Mudança na definição de caso ao longo do tempo destacada pela linha tracejada.

Figura 2.
Taxa de detecção (por 100 mil habitantes) de casos de HCV¹, por ano de notificação (2007-2019), segundo macrorregião do Brasil, 2007 a 2019¹



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2019; disponíveis em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessados em 22/01/2021. Casos 2007 - 2014 com marcador anti-HCV reagente e HCV-RNA reagente; Casos 2015-2019 com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente. Mudança na definição de caso ao longo do tempo destacada pela linha tracejada.

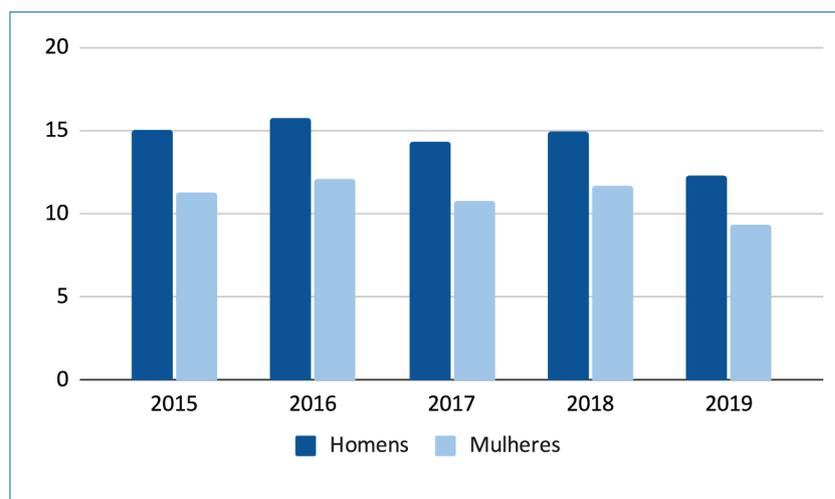
No Brasil, de 2015 a 2019, a taxa de detecção de casos por 100 mil habitantes se manteve quase estável. Ela era de 13,2 casos para cada 100 mil habitantes em 2015 a 13,3 casos por 100 mil habitantes em 2018. Em 2019, a taxa de detecção de casos novos foi menor, 10,8, no entanto os dados de 2019 ainda são considerados preliminares sujeitos à alteração.

No Norte do país, a taxa de detecção experimentou uma redução de 8,7 casos por 100 mil habitantes em 2015 para 5,9 em 2019. O Sul e o Sudeste também apresentam uma leve tendência de queda na taxa de detecção, passando de 29,7(sul) e 16,6 (sudeste) casos por 100 mil habitantes em 2015 para 23,9 e 13,2 em 2019, respectivamente. Já o Nordeste e o Centro Oeste apresentaram taxas com padrão de crescimento (Figura 2).

Em se tratando no número de casos, as Macrorregiões Sul e Sudeste são as que apresentam os maiores números. Em 2019, 18.834 casos foram notificados nas nessas duas Macrorregiões, o que representa cerca de 80% de todos os casos detectados no país. Também, as maiores taxas de detecção de casos por 100 mil habitantes, 24,1 no Sul e 13,3, no Sudeste (Figuras 1 e 2).

No Brasil, o número de casos confirmados e a taxa de detecção de casos ainda é mais elevada entre homens do que mulheres, e essa diferença vem se mantendo estável nos últimos anos. De 2015 a 2019 a razão de sexos era, aproximadamente, de 1,3:1,0 (M:F). Em 2019, a taxa de detecção de casos por 100 mil habitantes entre homens foi 12,3 e 9,4 entre as mulheres (Figura 3).

Figura 3.
Taxa de detecção de casos por 100 mil habitantes, segundo ano de notificação, Brasil, 2015-2019¹



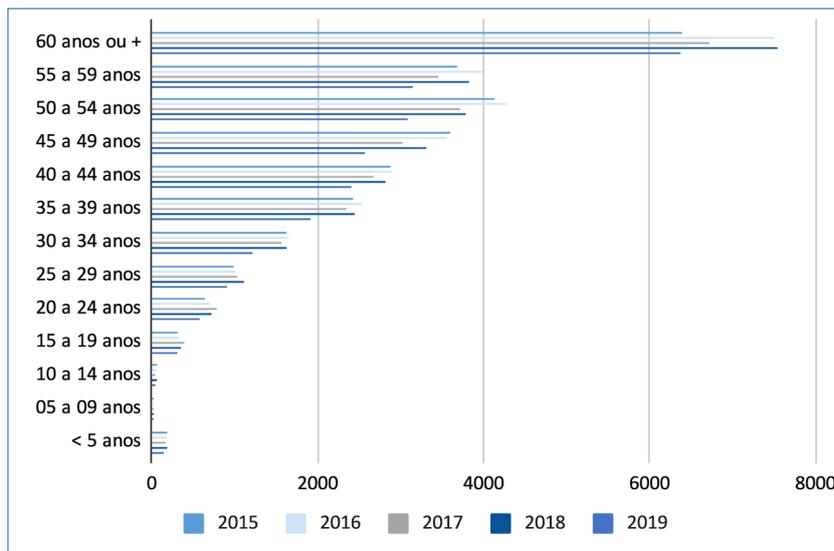
Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2019; disponíveis em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessados em 22/01/2021. Casos 2015-2019 com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente.

As coortes mais velhas ainda são as que apresentam maior números de casos e taxas mais elevadas. De 2015 a 2019, a faixa etária de 55 a 59 anos foi a que apresentou as maiores taxas de detecção de casos por 100 mil habitantes, variando de 37,5 a 28,5, respectivamente. No intervalo temporal observado, em todos os anos o maior número absoluto de casos registrados na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo 7.500 novos casos notificados em 2015 e 6.366 casos notificados em 2019 (Figuras 4 e 5).

A análise dos dados por faixa etária é imprescindível, não somente pelo tempo de exposição ao HCV, que é cumulativo e estendido no tempo (ou seja, existe, habitualmente, um intervalo que pode chegar a décadas entre primo-infecção e aparecimento de sintomas). No caso do Brasil, soma-se à questão dos controles de banco de sangue e hemoderivados, cujo início dos testes de triagem obrigatórios para HCV teve início apenas na década de 90 (Brasil, 2005), o que expôs as coortes etárias mais velhas a riscos adicionais.

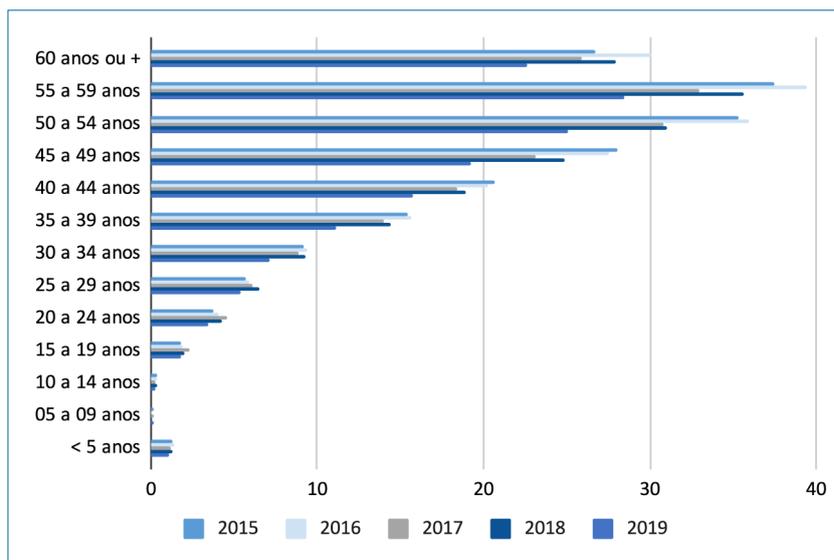
As estimativas de prevalência de HCV no mundo podem variar bastante, em função da heterogeneidade que existe entre subpopulações dentro dos continentes e países (Polaris Observatory, 2017; Han et al., 2019). De maneira geral, a prevalência de infecção é mais alta em países de renda baixa e média e mais baixa nos países em desenvolvimento. Os comportamentos de alto risco entre populações específicas e práticas não seguras na aplicação de injeções figuram entre as maiores causas de infecção pelo HCV no mundo (Lanini et al, 2016). Desta forma, situar as taxas do Brasil em contraste com as taxas globais e de outros países exige uma análise mais complexa e específica.

Figura 4.
Número de casos confirmados de HCV¹ segundo faixa etária, por ano de notificação, Brasil, 2015 a 2019¹



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2019; disponíveis em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessados em 22/01/2021. Casos 2015-2019 com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente.

Figura 5.
Taxa de detecção de casos por 100 mil habitantes, segundo faixa etária e ano de notificação, Brasil, 2015 a 2019¹

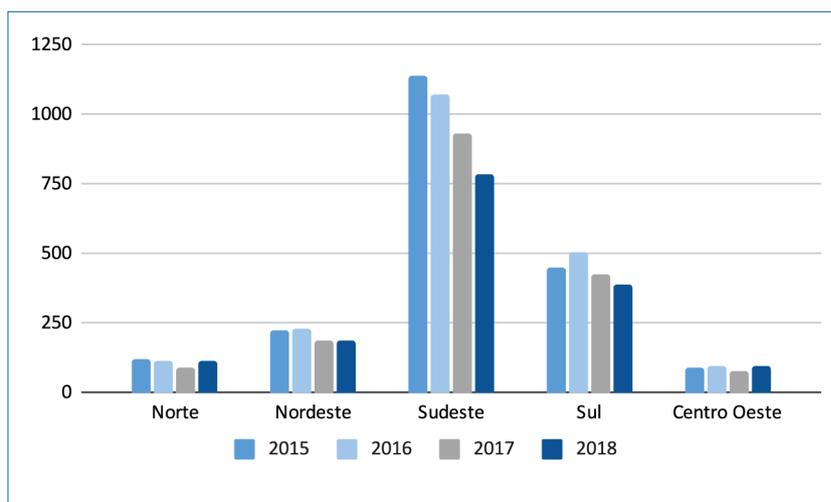


Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2019; disponíveis em <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>, acessados em 22/01/2021. Casos 2015-2019 com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente.

Os óbitos por HCV no país seguem a mesma tendência dos casos e estão concentrados no Sudeste e Sul, sendo estas as macrorregiões que apresentam maiores números absolutos e coeficiente de mortalidade. No Sudeste, em 2015, foram registrados 1142 óbitos por HCV como causa básica. Este indicador apresentou tendência de queda nos últimos anos, sendo em 2019 registrados 788 óbitos por HCV nessa Macrorregião.

O coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes foi mais elevado na Macrorregião Sul, variando de 1,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2015 a 1,3 em 2019. É possível também perceber uma tendência de queda no número de óbitos, especialmente na região Sudeste. Contudo, nas regiões Norte e Centro-Oeste o número de óbitos apresenta aparente estabilidade no período observado (Figura 6).

Figura 6.
Número de óbitos por Hepatite C¹ como causa básica, segundo região de residência, por ano de ocorrência, Brasil, 2015 a 2018



Fonte: SIM/MS. Nota (1): Óbito por hepatite C: causa básica B17.1 (Hepatite aguda C) ou B 18.2 (Hepatite viral crônica C).

A partir da observação das estatísticas oficiais mais recentes de acesso aberto sobre HCV no Brasil aqui apresentadas é possível identificar tendência de queda em alguns dos indicadores do país específicos para este agravo. O planejamento das ações do país e seus resultados até 2019 colocavam o Brasil em situação favorável ao cumprimento das metas previstas no Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil. No entanto, os resultados para o país refletem um panorama global, mas podem haver diferenças nos indicadores para recortes geográficos menores como Macrorregiões, Estados e Municípios, de forma que se fazem necessárias análises com recortes mais específicos para identificar diferenças e suas possíveis razões.

Embora em 2019 a meta de tratamentos anual para o país já estivesse bem próxima de ser atingida, em 2020, este quantitativo caiu mais de 50%, provavelmente refletindo, em parte, as consequências da pandemia de COVID-19 para o controle do HCV no país (Tabela 1).

Tabela 1.

Meta do número de diagnósticos, tratamentos dispensados e pessoas tratadas por ano previstos no Plano para Eliminação do HCV no país e o que foi efetivamente realizado, Brasil, 2019-2020.

	Meta para 2020	Realizado 2020	Realizado 2019
Novos Diagnosticos/ano	40.000	s/info	22.747
Tratamentos/ano	50.000	19.496 ²	48.304 ¹
Pessoas tratadas/ano		16.874 ⁴	36.658 ³

Fonte: Painel informativo sobre tratamento das Hepatites B e C, disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/monitoramento>, acessado em 22/01/2021. Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil, disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/plano-para-eliminacao-da-hepatite-c-no-brasil>, acessado em 22/01/2021. Notas: (1) Em 2019, 2.482 tratamentos completos foram enviados aos Estados para formação de estoque estratégico. (2) Em 2020, 4.158 tratamentos completos foram enviados aos Estados. (3) Dados referentes a pessoas tratadas entre 01/01/2019 e 31/12/2019. (4) Dados referentes a pessoas tratadas entre 01/01/2020 e 31/10/2020.

A pandemia de COVID -19 impactou diretamente o diagnóstico e tratamento de HCV. Em março de 2020, através do ofício Circular Nº 14/2020⁷, o Ministério da Saúde autorizou o compartilhamento dos equipamentos Rede Nacional de Carga Viral do HIV e hepatites virais para rotina de SARS CoV2, com o intuito de apoiar a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública na emergência de saúde pública causada pela pandemia e COVID-19.

Logo depois, em abril, o ofício 16/2020⁸ dava novas orientações sobre o fluxo de exames de genotipagem, essenciais a determinação do tratamento. O ofício informava ainda que esse fluxo estava sofrendo impactos por consequência da redução da malha aérea e rodoviária do país.

No início de dezembro, através da Nota Informativa 22/2020⁹, o MS determinou a suspensão da coleta das amostras para os exames de genotipagem para HCV, o que impediria a definição do tratamento,

7 Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-142020cgistdccisvms>, acessado em 22/01/2021.

8 Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-162020cgistdccisvms>, acessado em 22/01/2021.

9 Disponível em <https://www.cosemssc.org.br/informe-sobre-a-suspensao-da-coleta-das-amostras-para-os-exames-de-genopagem-do-hiv-e-da-genopagem-do-hcv/>, acessado em 22/01/2020.

uma vez que a escolha do protocolo clínico depende do resultado desse exame. A suspensão da realização dos exames de genotipagem se deu em consequência de atrasos na realização da licitação pública, informados pelo próprio MS na Nota Informativa. Desta feita, as diretrizes terapêuticas oficiais foram alteradas a fim de definir um novo protocolo de tratamento com validade para prescrições médicas até 28/02/2021 (Nota Informativa 24/2020/MS¹⁰).

Apesar dos efeitos negativos da pandemia de COVID-19 - que afetaram diretamente o diagnóstico e tratamento de HCV no Brasil - o ano também foi marcado por um grande avanço na assistência aos pacientes de hepatites virais. A Portaria nº 1537/MS, de 12 de junho de 2020, incluiu o tratamento dos pacientes com hepatites virais como atribuição da Atenção Primária à Saúde¹¹. Portanto, além de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, rastreamento e diagnóstico que já faziam parte do seu escopo de trabalho; a atenção primária será responsável pelo tratamento dos pacientes de HCV. Com isso, os medicamentos destinados ao tratamento de HCV foram incluídos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Ou seja, a aquisição dos medicamentos e sua distribuição continua sendo atribuição do nível federal, porém a dispensação passa a ser responsabilidade do programa em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde.

¹⁰ Disponível em http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2020/-notas_informativas/nota_informativa_no_24.2020.dcci_.pdf?file=1&type=node&id=67466&force=1, acessado em 22/01/2021.

¹¹ Nível I: Equipes da Estratégia Saúde da Família, postos ou centros de saúde e por centros de testagem e aconselhamento, devidamente articulados com equipamentos do Nível II, para referência contra referência, quando necessário.

Considerações Finais

Em 2020 o Brasil passou por eleições Municipais e com isso, em 2021 tomaram posse novos prefeitos, e com eles a estruturação dos Planos Municipais de Saúde (PMS) para o próximo quadriênio (2022- 2025). Os PMS são elaborados no primeiro ano de cada gestão para serem colocados em pratica a partir do segundo ano de mandato até o primeiro ano da gestão seguinte. Via de regra, os PMS devem incorporar as diretrizes gerais definidas para a política da saúde nas esferas estadual e federal e, além disso, devem estar em consonância com o Plano Plurianual (PPA) e o Programa de Metas do Município.

Para que o país retome o caminho rumo a eliminação do HCV como problema de saúde pública, é preciso que os municípios incluam nos seus PMS ações que visem a implementação das novas diretrizes da atenção básica, garantindo o funcionamento adequado do tratamento de pacientes de HCV e considerando o compromisso do país com as metas estabelecidas no Plano de Eliminação da Hepatite C. Além disso, uma vez que os estados e os municípios passam a ter autonomia para estruturar sua rede administrativa e assistencial, ou seja, podem definir a abrangência dos serviços voltados às hepatites virais em seu território; é urgente a coordenação entre os municípios e as regiões de saúde para evitar uma assistência desigual aos pacientes de hepatites virais.

O ano de 2021 iniciou com o recrudescimento no número de casos e óbitos por COVID-19 no país (O Globo, 2021). A atenção básica está sobrecarregada com a necessidade de atuação durante a pandemia do COVID-19. Portanto, é necessário chamar a atenção dos gestores nesse momento de crise para a alocação adequada de recursos para atenção ao paciente de HCV, bem como para o planejamento dessas ações de forma a atender aos objetivos e metas de prevenção e controle da hepatite C.

“O conteúdo técnico deste documento é de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, opiniões das instituições as quais os pesquisadores e projeto estão vinculados.

*Nota Técnica vinculada ao projeto intitulado “Brazil’s Fight Against Hepatitis C: Surveillance, Control, and Care”, coordenado em parceria pela FGV, Fiocruz e LSE, e financiado através do edital **Institutional Links on Impact and Evidence-based Policies (Health and Neglected Diseases)**, do **British Council** em parceria com **Newton Fund**.*”

Referências

- Brasil. Departamento de Imprensa Nacional. Diário Oficial da União, Portaria 1.537 GM/MS, 12 de junho de 2020.
- Brasil. Departamento de Imprensa Nacional. Diário Oficial da União, Portaria 1.416 GM/MS, 22 de dezembro de 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2020). Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (2019). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (2018). Plano para eliminação da Hepatite C no Brasil. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/plano-para-eliminacao-da-hepatite-c-no-brasil>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

- Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica (2005). Manual de aconselhamento em hepatites virais. –Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 52p.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Diário Oficial da Uniao, Lei Numero 6.259, 30 de outubro de 1975.
- Fonseca EM, Shadlen K, Bastos FI (2019). Brazil’s Fight against Hepatitis C - Universalism, Local Production, and Patents. *N Engl J Med*, 14;380(7):605-607.
- Han, R., Zhou, J., François, C. et al (2019). Prevalence of hepatitis C infection among the general population and high-risk groups in the EU/EEA: a systematic review update. *BMC Infect Dis* 19, 655.
- Lanini S, Easterbrook PJ, Zumla A, Ippolito G (2016). Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. *Clinical Microbiology and Infection*, 22 (10): 833-838.
- O Globo (2021, 12 de janeiro). Brasil registra maior média móvel de casos de Covid-19 desde o começo da pandemia.
- Polaris Observatory HCV Collaborators (2017). Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2(3):161-176.
- Teixeira MG, Penna GO, Risi JB, Penna ML, Alvim MF, Moraes JC, Luna E (1998). Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Informe Epidemiológico do Sus*, 7(1), 7-28.
- World Hepatitis Summit (2017). Accelerating action towards the elimination of viral hepatitis. Event Report. Disponível em https://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/whs2017_event_report.pdf.

Projeto gráfico, diagramação e ilustração de capa:



ronald.digitalcom@gmail.com
<https://www.digitalcom.art.br/>
Whatsapp: 55 51 99280-3959