

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Programa Nacional
de Hepatites Virais**

**Avaliação da Assistência
às Hepatites Virais no Brasil
2002**

**Brasília - DF
2002**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Programa Nacional
de Hepatites Virais**

**Avaliação da Assistência
às Hepatites Virais no Brasil
2002**

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

**Brasília - DF
2002**

© 2002. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª Edição - 2002 - 1.000 exemplares

Barjas Negri

Ministro de Estado da Saúde

Otávio Azevedo Mercadante

Secretário Executivo

Cláudio Duarte da Fonseca

Secretário de Políticas de Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenador - Programa Nacional de Hepatites Virais

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7ª andar

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2248

Fax: (61) 226 0063

Programa Nacional de Hepatites Virais

W3 Norte SEPN 511, bloco C, 2.º andar

CEP: 70750-543, Brasília - DF

Tel.: (61) 448 8082

Fax: (61) 448 8329

E-mail: hepatites.virais@saude.gov.br

Equipe de elaboração e revisão: Antonio Carlos de Castro Toledo Jr. e Luciana Teodoro de Rezende Lara

Colaboração: Disque-Saúde

Visite na internet o site <http://www.saude.gov.br> onde são encontradas informações importantes acerca da área de saúde e do SUS. Mais informações sobre o Programa Nacional de Hepatites Virais podem ser obtidas em seu site (www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/hepatite).

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais.

Programa Nacional de Hepatites Virais: avaliação da assistência as hepatites virais no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

64 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0623-1

I. Hepatite Viral Humana. 2. Saúde Pública. 3. Administração Pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. III. Título. IV. Série.

NLM WC 536

Catalogação na fonte - Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília - DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS HEPATITES VIRAIS NO BRASIL

APRESENTAÇÃO	1
OBJETIVO	2
METODOLOGIA	3
RESULTADOS	4
Ambulatórios Públicos	4
Laboratórios Públicos	12
Serviços de Referência	16
Secretarias de Estado da Saúde	22
DISCUSSÃO	26
Ambulatórios Públicos	26
Laboratórios Públicos	27
Serviços de Referência	28
Secretarias de Estado da Saúde	29
CONCLUSÕES	31

PLANO OPERACIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE HEPATITES VIRAIS

APRESENTAÇÃO	35
OBJETIVO	37
COMPONENTES	38
AÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS	43

ANEXOS

Anexo 1. Questionário de Avaliação dos Ambulatórios Públicos	51
Anexo 2. Questionário de Avaliação dos Laboratórios Públicos.....	53
Anexo 3. Questionário de Avaliação dos Serviços de Referência.....	55
Anexo 4. Questionário de Avaliação das Secretarias de Estado da Saúde.....	57

**Avaliação da Assistência às Hepatites Virais
no Brasil - 2002**

APRESENTAÇÃO

As hepatites virais são importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B. No mundo, são cerca de 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B e 170 milhões da hepatite C. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que pelo menos 70% da população já teve contato com o vírus da hepatite A e 15% com o vírus da hepatite B. Os casos crônicos de hepatite B e C devem corresponder a cerca de 1,0% e 1,5% da população brasileira, respectivamente. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constituem elo importante na cadeia de transmissão do HBV e HCV, que perpetua as duas doenças.

Para enfrentar este novo desafio, o Ministério da Saúde criou em fevereiro de 2002 o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV). Os objetivos principais do Programa são:

- desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes com hepatites virais;
- promover a vigilância epidemiológica e sanitária;
- ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade;
- organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde.

O planejamento estratégico de um programa de âmbito nacional implica no conhecimento aprofundado do problema e seus impactos sobre a sociedade. Devido a falta de informações sobre a realidade das hepatites virais no Brasil, o PNHV iniciou uma série de estudos epidemiológicos e operacionais. A *Avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil* é um diagnóstico detalhado da rede de assistência ambulatorial e laboratorial em todo o país. Na realização deste estudo foram entrevistadas 373 pessoas ou instituições em todos os estados. Os resultados aqui relatados são inéditos e constituem fonte importante de informação para o planejamento das ações do Programa Nacional de Hepatites Virais.

Este estudo é o primeiro passo na implantação de sistema de avaliação permanente dos serviços, que permitirá o acompanhamento do crescimento deles e a análise de indicadores de qualidade. Além disso, é fonte importante de consulta dos gestores de saúde e de outros segmentos da sociedade. Sua divulgação é o início da ampla discussão das hepatites no país, na busca de soluções partilhadas que visem sempre a promoção da saúde, a prevenção e o aprimoramento do atendimento aos pacientes.

Brasília, novembro de 2002.

Dr. Antonio Carlos Toledo Jr.

Coordenador – Programa Nacional de Hepatites Virais

OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência aos pacientes com hepatites virais no Brasil

Objetivos Específicos

- 1) Identificar ambulatórios públicos que prestam assistência aos portadores de hepatites virais.
- 2) Avaliar a infra-estrutura básica, a capacidade instalada e o funcionamento desses ambulatórios.
- 3) Avaliar a necessidade de aumento da oferta de serviços de acordo com a demanda estimada de casos.
- 4) Identificar laboratórios públicos que realizam exames sorológicos ou de biologia molecular para hepatites virais.
- 5) Avaliar a infra-estrutura básica, a capacidade instalada e o funcionamento desses laboratórios.
- 6) Avaliar a necessidade de aumento da oferta de exames de acordo com a demanda estimada de casos.
- 7) Avaliar a implementação das ações da Portaria 639/00, que instituiu o tratamento da hepatite C crônica em junho de 2000.
- 8) Identificar as dificuldades encontradas na implementação da Portaria 639/00.
- 9) Avaliar a oferta de exames sorológicos para hepatites virais, biópsia hepática e transplante hepático.
- 10) Identificar as dificuldades encontradas no acesso aos exames sorológicos para hepatites virais, à biópsia hepática e ao transplante hepático.
- 11) Avaliar a situação da assistência aos portadores de hepatites virais nos diferentes estados.
- 12) Avaliar a implantação da Portaria 263/00, que instituiu o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.
- 13) Propor soluções e cronograma de ações a serem implementadas pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Para identificação inicial dos ambulatórios e laboratórios que atendem pacientes com hepatites virais foram incluídas as seguintes unidades:

- serviços universitários;
- serviços indicados pelas SES's e SMS's, em resposta ao ofício enviada pelo PNHV;
- serviços indicados por especialistas de referência em hepatologia e infectologia;
- ambulatórios de infectologia cadastrados na Coordenação Nacional de DST/Aids;
- LACEN's;
- laboratórios que compõem a rede de biologia molecular e de citometria de fluxo da Coordenação Nacional de DST/Aids.

Todos os serviços identificados receberam questionário específico, especialmente desenvolvido para o estudo, solicitando informações sobre o funcionamento da unidade, recursos humanos, capacidade instalada e volume de atendimento ou de exames (Anexos 1 e 2).

Estes dois estudos foram quantitativos e na análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico EpiInfo 6.04d, sendo realizada análise descritiva das variáveis, bem como a média, amplitude de variação e desvio-padrão, quando necessário.

Na avaliação dos Serviços de Referência foram selecionados 37 profissionais especializados, identificados através da pesquisa de ambulatórios, distribuídos em 19 estados diferentes. Estados mais populosos tiveram pelo menos dois profissionais escolhidos, um da capital e um do interior. Foi enviado questionário desenvolvido especificamente para o estudo (Anexo 3).

Na avaliação das Secretarias de Estado da Saúde foram incluídos os estados que indicaram previamente uma pessoa responsável pelas hepatites virais, de qualquer área da SES, independentemente da existência formal de programa estadual. Desta forma, os seguintes estados não foram incluídos nesta avaliação: Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Rondônia e Santa Catarina. Foi enviado questionário desenvolvido especificamente para este estudo (Anexo 4) para os seguintes estados: Acre, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Rio Grande do Sul, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

Estes dois estudos foram qualitativos. Esta metodologia se baseia na representatividade do grupo avaliado e não na quantidade de unidades. A seleção dos participantes não é aleatória, mas se faz a partir do conhecimento sobre a área a ser avaliada. A boa seleção dos participantes garante a generalização dos resultados. Apesar das limita-

ções, a pesquisa qualitativa é bastante eficaz na análise de pequenos grupos ou no diagnóstico rápido de situações.

Os estudos foram realizados no período de 10 de maio a 4 de outubro de 2002. Os questionários foram enviados por fax ou e-mail e as respostas foram coletadas pelo Disque-Saúde, através de telemarketing ativo, sendo formado banco de dados no Access®. O Disque-Saúde foi parceiro importante no desenvolvimento deste trabalho, mostrando-se bastante eficaz na obtenção das informações de modo ativo. Foram aplicados 373 questionários. A grande maioria deles foi respondida por meio do Disque-Saúde.

RESULTADOS

Ambulatórios Públicos

Foram identificados 148 ambulatórios, dos quais 75 (50,3%) foram eliminados antes da análise final. Os motivos para eliminação foram: 47 não responderam ao questionário ou estavam em duplicata e 28 não prestam assistência a hepatites virais. A perda de 75 ambulatórios não deve ser considerada significativa, pois está relacionada diretamente à estratégia de recrutamento, ampla e com múltiplas fontes, que provocou a duplicidade de serviços e a inclusão de serviços que atualmente atendem exclusivamente DST/Aids.

Existem ambulatórios de referência para assistência às hepatites virais em todas as regiões brasileiras, sendo seis no Norte, nove no Nordeste, sete no Centro-oeste, 39 no Sudeste e 12 no Sul. Serviços sabidamente existentes no Amapá, Alagoas, Maranhão, Piauí e Rondônia não responderam ao questionário, não sendo possível avaliar a situação da assistência nestes estados (Tabela 1).

Funcionamento dos ambulatórios

Entre os ambulatórios avaliados, 80,6% funciona há mais de cinco anos e apenas 9,7% funciona há no máximo dois anos. A maioria dos serviços (77,8%) funciona em dois turnos por semana e 9,7% funciona todos os dias da semana. A média de horas de funcionamento é de 8,7 (\pm 5,4) por semana.

Quanto aos recursos humanos, 54 serviços (73,9%) possuem hepatologistas, 47 (64,4%) possuem infectologistas, 38 (52,1%) possuem clínicos, 25 (34,2%) possuem pediatras e 39 (53,4%) possuem médicos de outras especialidades. Apenas dois ambulatórios não possuem hepatologista ou infectologista e 31 (42,5%) possuem os dois especialistas. A maioria dos serviços possui enfermeiros (79,5%), psicólogos (54,8%), assistentes sociais (75,3%) e 52,1% possuem outros profissionais de nível superior. Grande parte dos serviços possui auxiliares ou técnicos de enfermagem e 80,8% possuem funcionários administrativos.

TABELA I. NÚMERO DE AMBULATÓRIOS POR ESTADO

Estado	Ambulatórios	%
Região Norte		
AC	1	1,4%
AM	1	1,4%
AP	-	-
PA	2	2,7%
RO	-	-
RR	1	1,4%
TO	1	1,4%
Região Nordeste		
AL	-	-
BA	2	2,7%
CE	1	1,4%
MA	-	-
PB	1	1,4%
PE	3	4,1%
PI	-	-
RN	1	1,4%
SE	1	1,4%
Região Centro-oeste		
DF	1	1,4%
GO	1	1,4%
MS	4	5,5%
MT	1	1,4%
Região Sudeste		
ES	6	8,2%
MG	5	6,8%
RJ	10	13,7%
SP	18	24,7%
Região Sul		
PR	8	11,0%
RS	3	4,1%
SC	1	1,4%
Total	73	100%

*Média: 2,70 ambulatórios/estado

Atendimento

O número total de consultas atendidas por mês apresentou grande variação entre os serviços. A maioria das unidades (65,8%) atende até 50 primeiras consultas/mês (Tabela 2) e apenas sete (9,6%) atendem mais de 500 primeiras consultas/mês. Considerando-se primeiras consultas e retornos, 39,4% do total atende até 100 consultas por mês (Tabela 3).

TABELA 2. NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS ATENDIDAS POR MÊS

Número de primeiras consultas/mês	Ambulatórios	%
Até 50	48	65,8
51 a 100	13	17,8
100 a 500	5	6,8
>500	7	9,6
Total	73	100,0

* Média de 61,0 ± 126,8 consultas/mês (5 a 935 consultas/mês)

TABELA 3. NÚMERO DE CONSULTAS ATENDIDAS POR MÊS

Número de consultas/mês	Ambulatórios	%
Até 100	28	39,4
101 a 500	36	50,7
501 a 1.000	3	4,2
>1000	4	5,6
Total	71	100,0

* Média de 280,8 ± 444,1 consultas/mês (3 a 2.585 consultas/mês)

O número de casos novos de hepatite A, B e C atendidos por mês também apresentou grande variação, como pode ser observado na Tabela 4. A maioria das unidades atende até 10 casos novos/mês, independentemente do agente etiológico. O tempo médio entre o encaminhamento e a marcação da primeira consulta foi de 27,5 dias e de 37,1 dias para a marcação do retorno. A maioria dos serviços marca as primeiras consultas em sete dias (40,3%) e os retornos em até 30 dias (73,1%) (Tabela 6).

O número de pacientes em acompanhamento nos ambulatórios foi avaliado de acordo com cada tipo de hepatite. A hepatite A tem o menor número de pacientes, seguida pela hepatite B e pela hepatite C, que apresenta número bem maior de pacientes em relação as anteriores (Tabela 7).

TABELA 4. NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HEPATITES DIAGNOSTICADOS POR MÊS

Número casos novos/mês	Ambulatórios	%
Hepatite A		
Até 10	50	92,6
11 a 50	3	5,6
> 50	1	1,9
Total	54	100,0

* Média de 5,6 ± 11,6 casos novos/mês (0 a 85)

Hepatite B		
Até 10	47	71,2
11 a 50	19	28,8
> 50	-	-
Total	66	100,0

* Média de 9,4 ± 9,7 casos novos/mês (1 a 50)

Hepatite C		
Até 10	44	89,8
11 a 50	5	8,1
> 50	-	-
Total	49	100,0

* Média de 5,4 ± 7,1 casos novos/mês (0 a 40)

TABELA 5. TEMPO MÉDIO ENTRE O ENCAMINHAMENTO E A MARCAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA

Tempo	Ambulatórios	%
Até 7 dias	29	40,3
8 a 15 dias	13	18,0
16 a 30 dias	12	16,7
> 30 dias	18	25,0
Total	72	100,0

* Média de 27,5 ± 32,4 dias (0 a 180 dias)

TABELA 6. TEMPO MÉDIO PARA A MARCAÇÃO DE RETORNO

Tempo	Ambulatórios	%
Até 7 dias	7	10,4
8 a 15 dias	8	12,0
16 a 30 dias	34	50,7
> 30 dias	18	26,9
Total	67	100,0

* Média de 37,1 ± 27,4 dias (0 a 120 dias)

TABELA 7. NÚMERO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO

Número de pacientes em acompanhamento	Ambulatórios	%
Hepatite A		
Até 10	62	92,5
11 a 50	3	4,5
> 50	2	3,0
Total	67	100,0

* Média de 4,8 ± 14,9 pacientes (0 a 85)

Hepatite B		
Até 10	19	27,9
11 a 50	21	30,9
> 50	28	41,2
Total	67	100,0

* Média de 98,9 ± 192,9 pacientes (0 a 1.200)

Hepatite C		
Até 10	8	11,8
11 a 50	16	23,5
> 50	44	64,7
Total	68	100,0

* Média de 256,2 ± 369,5 pacientes (0 a 2.000)

Outras hepatites		
Não são atendidas	29	43,3
Até 10	13	19,4
11 a 50	18	64,7
> 50	7	10,4
Total	67	100,0

* Média de 25,2 ± 50,8 pacientes (0 a 300)

Exames complementares e tratamento

Bioquímica básica

A pesquisa revelou que todas as unidades avaliadas têm acesso à bioquímica básica (transaminases, bilirrubinas e gama-GT). A maioria delas (86,3%) realiza os exames na própria instituição e 10 unidades (13,7%) encaminham os exames para outros serviços (Tabela 8).

TABELA 8. ACESSO A EXAMES DE BIOQUÍMICA BÁSICA

Bioquímica básica	Ambulatórios	%
Na própria instituição	63	86,3
Outro serviço	10	13,7
Total	73	100,0

Exames sorológicos

Os marcadores mais importantes para o diagnóstico e o acompanhamento das hepatites virais estão disponíveis na maioria dos serviços (Tabela 9). Nenhum dos serviços disponibiliza todos os marcadores virais.

TABELA 9. EXAMES SOROLÓGICOS DISPONIBILIZADOS PELOS AMBULATÓRIOS

Exames	Ambulatórios	%
HBsAg	64	97,0
Anti-HCV	64	97,0
Anti-HBs	60	92,3
HBeAg	65	89,2
Anti-HBc IgM	58	87,9
Anti-HBe	65	87,7
Anti-HBc total	52	80,0
Anti-HAV IgM	51	77,3
Anti-HBc IgG	64	73,4
Anti-HAV total	42	64,6
Total	73	100,0

Exames de biologia molecular

Entre os serviços avaliados, 43 (58,9%) têm acesso ao exame de HCV-RNA e genotipagem do HCV e 38 (52,1%) têm acesso ao HBV-DNA (Tabela 10). Cerca de metade das unidades (34 - 46,6%) disponibilizam todos os exames de biologia molecular para hepatites virais e 24 (32,9%) não oferece nenhum exame (Tabela 11).

TABELA 10. EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR DISPONÍVEIS NOS AMBULATÓRIOS

Disponibilidade	HBV-DNA		HCV-RNA		Genotipagem HCV	
	n	%	n	%	n	%
Sim	38	52,1	43	58,9	43	58,9
Não	35	47,9	73	41,1	30	41,1
Total	73	100,0	73	100,0	73	100,0

TABELA 11. COMBINAÇÕES DE EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR DISPONÍVEIS NOS AMBULATÓRIOS

Exames	Ambulatórios	%
HBV-DNA, genotipagem	1	1,4
HBV-DNA, HCV-RNA	3	4,1
HCV-RNA	3	4,1
HCV-RNA, genotipagem	3	4,1
Genotipagem	5	6,8
Nenhum exames	24	32,9
Todos os exames	34	46,6
Total	73	100,0

Biópsia hepática

A disponibilidade de biópsia hepática nos ambulatórios é bastante abrangente. A grande maioria dos serviços (94,5%) disponibiliza este procedimento (Tabela 12).

TABELA 12. BIÓPSIA HEPÁTICA

Disponibilidade	Ambulatórios	%
Sim	69	94,5
Não	4	5,5
Total	73	100,0

Transplante hepático

Um terço dos serviços avaliados (34,7%) não tem acesso ao transplante hepático (Tabela 13).

TABELA 13. TRANSPLANTE HEPÁTICO

Acesso ao transplante hepático	Ambulatórios	%
Sim	47	65,3
Não	25	34,7
Total	72	100,0

Medicamentos

Cinquenta unidades (68,5%) relataram o fornecimento de algum tipo de medicamento para o tratamento das hepatites virais (Tabela 14). O tratamento para hepatite B (interferon convencional ou lamivudina) está disponível em 41 unidades (56,1%). O tratamento para hepatite C, com interferon convencional + ribavirina, está disponível em 48 unidades (65,7%) e com interferon peguilado + ribavirina em 14 unidades (19,2%). Dezoito unidades (24,7%) não oferecem nenhum tipo de medicamento (Tabela 15).

TABELA 14. MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NOS AMBULATÓRIOS

Medicamentos	Ambulatórios (disponibilidade/total que responderam)	%
Interferon	50/56	89,3
Interferon peguilado	14/67	20,9
Ribavirina	48/54	88,9
Lamivudina	41/57	71,9
Total	50/73	68,5

TABELA 15. COMBINAÇÕES DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NOS AMBULATÓRIOS

Esquema	Ambulatórios	%
Interferon convencional	1	1,4
Interferon convencional, lamivudina	1	1,4
Interferon convencional, ribavirina	8	11,0
Todos os medicamentos	14	19,2
Nenhum medicamento	18	24,7
Interferon convencional, ribavirina, lamivudina	26	35,6
Não relatado	5	6,8
Total	73	100,0

Laboratórios Públicos

Foram identificados 174 laboratórios, dos quais 99 (56,9%) foram eliminados antes da análise final. Os motivos para eliminação foram: 15 não responderam ao questionário; cinco eram hemocentros, que não possuem caráter assistencial; 52 não realizavam exames para hepatites virais; e 17 eram setores distintos (sorologia e biologia molecular) da mesma instituição que foram agrupados por instituição. A perda de 99 laboratórios não deve ser considerada significativa, pois está relacionada diretamente à estratégia de recrutamento, ampla e com múltiplas fontes, que provocou a sobreposição de serviços.

Existem laboratórios de referência para exames de hepatites em todas as regiões brasileiras, sendo oito no Norte, 13 no Nordeste, quatro no Centro-oeste, 38 no Sudeste e 12 no Sul. Não foi possível avaliar serviços sabidamente existentes nos estados de Rondônia e Alagoas, pois os questionários não foram respondidos (Tabela 16).

Entre os laboratórios avaliados, 80,0% funciona há mais de cinco anos. Apenas 5,3% do total existe há no máximo dois anos. A grande maioria dos serviços funciona oito ou mais horas por dia (97,3%) e os 2,7% restantes funcionam no máximo quatro horas por dia.

Quanto aos recursos humanos, 18,0% possuem patologistas clínicos, 14,7% anátomo-patologistas, 86,7% bioquímicos e 77,3% outros profissionais de nível superior. A maioria dos serviços possui técnicos de laboratório (90,7%) e 49,3% possuem outros técnicos de nível médio. Vinte por cento dos laboratórios não possuem funcionários administrativos.

A análise dos tipos de exames realizados mostrou que 90,6% dos serviços realizam exames sorológicos e 30,7% exames de biologia molecular (Tabela 17). Os laboratórios que realizam exames de biologia molecular estão concentrados em cinco estados, Pará, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná (Tabela 18).

Os resultados são entregues em sua maioria em até sete dias (50,7% das unidades) ou entre oito a 15 dias (44,8% das unidades). Apenas 11 serviços entregam seus resultados em mais de duas semanas (Tabela 19).

TABELA 16. NÚMERO DE LABORATÓRIOS POR ESTADO

Estado	Laboratórios	%
Região Norte		
AC	1	1,3%
AM	2	2,6%
AP	1	1,3%
PA	2	2,6%
RO	-	-
RR	1	1,3%
TO	2	2,6%
Região Nordeste		
AL	-	-
BA	3	3,9%
CE	2	2,6%
MA	1	1,3%
PB	1	1,3%
PE	2	2,6%
PI	2	2,6%
RN	1	1,3%
SE	1	1,3%
Região Cento-oeste		
DF	1	1,3%
GO	1	1,3%
MS	2	2,6%
MT	1	1,3%
Região Sudeste		
ES	1	1,3%
MG	5	6,5%
RJ	10	13,0%
SP	22	28,5%
Região Sul		
PR	3	3,9%
RS	6	7,8%
SCv	3	3,9%
Total	75	100%

*Média: 2,78 laboratórios/estado

TABELA 17. TIPOS DE EXAMES REALIZADOS

Tipo de exame	Laboratórios	%
Apenas sorologia	52	69,3
Apenas biologia molecular	7	9,3
Sorologia e biologia molecular	16	21,4
Total	75	100,0

TABELA 18. TIPOS DE EXAMES REALIZADOS DE ACORDO COM ESTADO

UF	Sorologia	Biologia Molecular	Sorologia e Biologia Molecular	Total
AC	1	-	-	1
AM	2	-	-	2
AP	1	-	-	1
BA	1	2	-	3
CE	2	-	-	2
DF	1	-	-	1
ES	1	-	-	1
GO	1	-	-	1
MA	1	-	-	1
MG	5	-	-	5
MS	1	-	-	1
MT	1	-	-	1
PA	1	-	1	2
PB	1	-	-	1
PE	2	-	-	2
PI	1	-	-	1
PR	2	-	1	3
RJ	5	-	5	10
RN	1	-	-	1
RR	1	-	-	1
RS	6	-	-	6
SC	3	-	-	3
SE	1	-	-	1
SP	8	5	9	22
TO	2	-	-	2
Total	52	7	16	75

TABELA 19. TEMPO PARA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMES SOROLÓGICOS

Tempo	Laboratórios	%
Até 7 dias	34	50,7
8 a 14 dias	22	32,9
>14 dias	11	16,4
Total	67	100,0

* Média de $8,6 \pm 4,6$ dias (0 a 20 dias)

Exames sorológicos

Nenhum dos laboratórios realiza todos os marcadores de hepatites virais. Os marcadores mais importantes para o diagnóstico (HBsAg, anti-HCV, anti-HAV IgM e anti-HBc IgM) estão disponíveis em pelos menos 86,8% dos serviços (Tabela 20). Os exames com maior volume de realização também são os mais importantes para o diagnóstico. Destaca-se o fato que o número de anti-HBe realizados ser 54,1% superior ao de HBeAg, exames de normalmente deveriam ser solicitados conjuntamente (Tabela 21).

TABELA 20. EXAMES SOROLÓGICOS REALIZADOS PELOS LABORATÓRIOS

Exame	Laboratórios	%
HBsAg	65	95,6
Anti-HCV	63	92,7
Anti-HBs	61	89,7
Anti-HAV IgM	60	88,2
Anti-HBc IgM	59	86,8
Anti-HBc total	52	76,5
HBeAg	45	66,2
Anti-HBe	41	60,3
Anti-HAV total	32	47,1
Imunoblot anti-HCV	28	41,2
Anti-HBc IgG	22	32,4

TABELA 21. NÚMERO DE EXAMES SOROLÓGICOS REALIZADOS

Exame	Total	Média/serviço	Desvio padrão
HBsAg	32.540	500,6	± 518,1
Anti-HCV	23.343	370,5	± 455,6
Anti-HBs	16.142	264,6	± 407,0
Anti-HBc total	17.166	330,1	± 450,8
Anti-HAV IgM	8.638	143,9	± 182,1
Anti-HBc IgM	7.557	130,3	± 141,9
Anti-HBe	4.314	105,2	± 175,9
Anti-HAV total	4.088	127,7	± 169,9
Anti-HBc IgG	3.718	169,0	± 163,1
HBeAg	2.799	63,6	± 71,4
Imunoblot anti-HCV	422	15,6	± 19,3

Exames de biologia molecular

Entre os serviços avaliados, apenas um não realiza o exame de HCV-RNA, 17 (73,9%) realizam genotipagem do HCV e 15 (64,3%) realizam HBV-DNA (Tabela 22). Onze (17,8%) laboratórios realizam os três exames e três (13,1%) realizam apenas um exame de biologia molecular (Tabela 23).

TABELA 22. EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR REALIZADOS

Exames	HBV-DNA		HCV-RNA		Genotipagem HCV	
	n	%	n	%	n	%
Realiza	15	64,3	22	95,7	17	73,9
Não realiza	8	34,8	1	4,3	6	26,1
Total	23	100,0	23	100,0	23	100,0

TABELA 23. COMBINAÇÕES DOS EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR REALIZADOS PELOS LABORATÓRIOS

Exames	Laboratório	%
Apenas genotipagem HCV	1	4,4
Apenas HCV-RNA	2	8,7
HCV-RNA, HBV-DNA	4	17,4
HCV-RNA, genotipagem HCV	5	21,7
HCV-RNA, genotipagem HCV, HBV-DNA	11	47,8
Total	23	100,0

Serviços de Referência

Foram enviados questionários para 37 serviços de referência de 17 estados: Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins. Estes estados representam, no mínimo, 80% do total de casos estimados de hepatite crônica B e C do Brasil. Trinta e cinco questionários (94,6%) foram respondidos. Apenas os estados do Pará e Ceará não responderam. Os resultados são representativos dos principais serviços que prestam assistência a pacientes com hepatites virais e é de grande importância por avaliar as dificuldades encontradas na ponta dos serviços.

Como os exames de biologia molecular são atualmente de difícil acesso para a maioria dos estados e considerando a facilidade de sua realização na Bahia, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, foram formados dois grupos distintos para fins de análise. O Grupo A foi formado pelos estados que apresentam facilidade de realização dos exames de biologia molecular (17 questionários) e o Grupo B formado pelos outros estados (18 questionários).

Grau de dificuldade

A Tabela 24 apresenta o grau de dificuldade percebido pelos entrevistados para a realização dos diferentes procedimentos relacionados à assistência a pacientes com hepatites virais. As sorologias foram os procedimentos com menor grau de dificuldade, independentemente do grupo. A dificuldade também foi menor (<50%) para biópsia hepática e para a oferta de medicamentos (interferon convencional e ribavirina).

TABELA 24. GRAU DE DIFICULDADE RELATADO PARA REALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS

Procedimento	Muito Fácil	Fácil	Razoável	Difícil	Impossível	Total
<i>Sorologias para hepatites</i>						
Grupo A	11 (64,8%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	-	-	17 (100%)
Grupo B	8 (44,4%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	-	-	18 (100%)
Total	19 (54,2%)	8 (22,9%)	8 (22,9%)	-	-	35 (100%)
<i>HCV-RNA (PCR qualitativo)</i>						
Grupo A	1 (5,9%)	4 (23,5%)	9 (52,9%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Grupo B	-	2 (11,1%)	3 (16,7%)	6 (33,4%)	7 (38,8%)	18 (100%)
Total	1 (2,8%)	6 (17,1%)	12 (34,3%)	8 (22,9%)	8 (22,9%)	35 (100%)
<i>Genotipagem do HCV</i>						
Grupo A	1 (5,9%)	3 (17,6%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Grupo B	-	1 (5,5%)	2 (11,1%)	6 (33,4%)	9 (50,0%)	18 (100%)
Total	1 (2,8%)	4 (11,4%)	9 (25,8%)	11 (31,4%)	10 (28,6%)	35 (100%)
<i>Biópsia hepática</i>						
Grupo A	4 (23,5%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	-	1 (5,9%)	17 (100%)
Grupo B	5 (27,8%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	1 (5,5%)	18 (100%)
Total	9 (25,7%)	14 (40,0%)	8 (22,9%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)	35 (100%)
<i>Transplante hepático</i>						
Grupo A	6 (35,4%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	17 (100%)
Grupo B	2 (11,1%)	1 (5,5%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	10 (55,6%)	18 (100%)
Total	8 (22,9%)	2 (5,7%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	14 (40,0%)	35 (100%)
<i>Disponibilidade de interferon convencional</i>						
Grupo A	9 (53,0%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Grupo B	6 (33,4%)	5 (27,8%)	3 (16,7%)	4 (22,1%)	-	18 (100%)
Total	15 (42,9%)	8 (22,9%)	6 (17,1%)	5 (14,3%)	1 (2,8%)	35 (100%)
<i>Disponibilidade de ribavirina</i>						
Grupo A	9 (53,0%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Grupo B	5 (27,8%)	6 (33,4%)	2 (11,1%)	4 (22,1%)	1 (2,8%)	18 (100%)
Total	14 (40,0%)	9 (25,7%)	5 (14,3%)	5 (14,3%)	2 (5,7%)	35 (100%)

Os procedimentos que apresentaram maior grau de dificuldade foram o transplante hepático e a realização de exames de biologia molecular (HCV-RNA e genotipagem). Em relação ao transplante hepático, observou-se diferença importante entre os dois grupos, 41,3% do Grupo A considerou este item fácil ou muito fácil contra apenas 16,6% do Grupo B. Deve-se destacar que 55,6% dos entrevistados do Grupo B consideraram o acesso ao transplante hepático impossível.

Quanto aos exames de biologia molecular, 29,4% dos entrevistados do Grupo A (estados que disponibilizam exames de biologia molecular) considerou fácil ou muito fácil a realização do HCV-RNA. Quando se avalia os dois grupos juntos, apenas 19,9% considerou fácil ou muito fácil a realização do exame. Os resultados para genotipagem foram praticamente os mesmos, com percentuais um pouco inferiores. É importante destacar que 38,8% do Grupo B considerou impossível a realização do HCV-RNA e que metade deste grupo considerou impossível a realização de genotipagem.

Dificuldades

A Tabela 25 elenca as principais dificuldades percebidas pelos entrevistados para a realização dos procedimentos. Para exames de biologia molecular, a falta de laboratórios com estrutura/equipamentos adequados, a não disponibilidade dos exames pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a terceirização foram citadas como as principais dificuldades. Para a biópsia hepática, as principais dificuldades foram falta de leito hospitalar, falta de pessoal treinado e falta de material. Em relação ao transplante hepático, citou-se a falta de centros de transplante como o principal empecilho. E, quanto aos medicamentos, as principais dificuldades foram: falta de medicamentos, fornecimento pela SES e burocracia no preenchimento de papéis.

Prazos para recebimentos de exames e marcação de consultas

As Tabelas 26 a 29 apresentam os prazos médios para recebimentos dos resultados de exames pelos serviços. A maioria dos serviços avaliados recebe os resultados dos exames sorológicos e das biópsias hepáticas no prazo máximo de 15 dias (Tabelas 26 e 27). O prazo de entrega dos exames de biologia molecular é mais longo. Para HCV-RNA, 17,6% dos serviços do Grupo A demoram de 30 a 60 dias e 38,8% dos do Grupo B demoram mais de 30 dias. Para genotipagem, 35,3% dos serviços do Grupo A demoram de 30 a 60 dias e 33,2% dos do Grupo B demoram mais de 30 dias. Deve-se destacar que 38,8% do Grupo B não respondeu esta questão sobre o HCV-RNA e que metade do Grupo B não respondeu a questão sobre a genotipagem, possivelmente pela impossibilidade de realização dos exames nesses locais.

TABELA 25. PRINCIPAIS DIFICULDADE RELATADAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Dificuldades	Nº
Sorologias	
Falta de kit	3
Terceirização do serviço, necessitando de autorização.....	3
Teto orçamentário	2
Realização do exame no LACEN	1
HCV-RNA	
Realização do exame em laboratório sem estrutura/equipamentos	7
Terceirização do serviço, necessitando de autorização	5
Exame não é realizado	4
Teto orçamentário	2
Falta de normatização para oferta do exame	2
Genotipagem do HCV	
Realização do exame em laboratório sem estrutura/equipamentos.....	8
Exame não é realizado	7
Terceirização do serviço, necessitando de autorização.....	5
Falta de kit.....	2
Falta de normatização para oferta do exame	2
Teto orçamentário	1
Biópsia hepática	
Falta de leito para realização do exame	7
Falta de pessoal treinado para auxiliar no procedimento	5
Falta de material específico para realização do exame (agulhas).....	5
Terceirização do serviço, necessitando de autorização.....	3
Não é feita em hospitais do estado.....	1
Realização do exame pelo SUS.....	1
Transplante hepático	
Falta de centros de transplantes em alguns estados.....	12
Fila de transplante	5
Terceirização do serviço, necessitando de autorização especial	3
Interferon convencional	
Falta do medicamento	5
Fornecimento pela SES.....	4
Burocracia para preenchimento de documentos	3
Centralização da distribuição	2
Ribavirina	
Fornecimento pela SES.....	4
Falta do medicamento	4
Burocracia para preenchimento de documentos	3
Centralização da distribuição	2

TABELA 26. PRAZO DE ENTREGA DE EXAMES SOROLÓGICOS

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 7 dias	12 (70,6%)	5 (27,7%)
8 a 15 dias	4 (23,5%)	12 (66,6%)
30 a 60 dias	-	1 (5,5%)
Sem informação	1 (5,8%)	-
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

TABELA 27. PRAZO DE ENTREGA DO RESULTADO DA BIÓPSIA HEPÁTICA

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 7 dias	4 (23,5%)	2 (11,1%)
8 a 15 dias	6 (35,3%)	9 (50,0%)
30 a 60 dias	1 (5,8%)	4 (22,2%)
≥90 dias	3 (17,6%)	2 (11,1%)
Sem informação	3 (17,6%)	1 (5,5%)
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

TABELA 28. PRAZO DE ENTREGA DE EXAMES DE HCV-RNA

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 7 dias	1 (5,8%)	-
8 a 15 dias	9 (52,9%)	4 (22,2%)
30 a 60 dias	3 (17,6%)	5 (27,7%)
≥ 90 dias	-	2 (11,1%)
Sem informação	4 (23,5%)	7 (38,8%)
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

TABELA 29. PRAZO DE ENTREGA DE EXAMES DE GENOTIPAGEM

Tempo	Grupo A	Grupo B
8 a 15 dias	7 (41,2%)	3 (16,6%)
30 a 60 dias	6 (35,3%)	5 (27,7%)
≥ 90 dias	-	1 (5,5%)
Sem informação	4 (23,5%)	9 (50,0%)
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

As Tabelas 30 e 31 ilustram o prazo médio para marcação de primeira consulta e retorno. Observa-se tempo mais longo para os serviços do Grupo A, 64,7% demoram mais de 30 dias para marcação da primeira consulta e 64,6% demoram mais de 30 dias para o retorno. No Grupo B estes valores são, respectivamente, 72,2% e 38,8% em até 15 dias.

A Tabela 32 demonstra que os serviços do Grupo A são de maior porte. Um terço destes serviços acompanha mais de 500 pacientes, enquanto metade dos serviços do Grupo B acompanha até 50 pacientes.

As principais sugestões apresentadas foram o maior acesso aos exames de biologia molecular (HCV-RNA e genotipagem) e a facilitação do fornecimento de medicamentos.

TABELA 30. PRAZO PARA MARCAÇÃO DE PRIMEIRA CONSULTA

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 7 dias	-	11 (61,1%)
8 a 15 dias	5 (29,4%)	2 (11,1%)
30 a 60 dias	6 (35,3%)	5 (27,7%)
≥ 90 dias	5 (29,4%)	-
Sem informação	1 (5,8%)	-
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

TABELA 31. PRAZO PARA MARCAÇÃO DE RETORNO

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 7 dias	1 (5,8%)	2 (11,1%)
8 a 15 dias	2 (11,7%)	5 (27,7%)
30 a 60 dias	10 (58,8%)	9 (50,0%)
≥ 90 dias	1 (5,8%)	2 (11,1%)
Sem informação	3 (17,6%)	-
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

TABELA 32. NÚMERO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO

Tempo	Grupo A	Grupo B
Até 50	3 (17,6%)	9 (50,0%)
101-500	6 (35,3%)	6 (33,3%)
501-1000	4 (23,5%)	1 (5,5%)
≥ 1001	2 (11,7%)	-
Sem informação	2 (11,7%)	2 (11,1%)
Total	17 (100,0%)	18 (100,0%)

Secretarias de Estado da Saúde

Foram enviados questionários para 17 SES's, dos quais 16 (94,1%) foram respondidos. Estes estados representam, no mínimo, 70,0% do total de casos estimados de hepatite crônica B e C do Brasil. Apenas Pernambuco não respondeu.

Grau de dificuldade

A Tabela 33 apresenta o grau de dificuldade percebido pelos entrevistados para a realização dos diferentes procedimentos relacionados à assistência a pacientes com hepatites virais.

Em relação a oferta dos exames de biologia molecular, 25,0% dos entrevistados consideraram fácil ou muito fácil a realização do HCV-RNA e 50,0% consideraram difícil ou impossível. Todos afirmaram haver dificuldades na realização da genotipagem, sendo que a maioria (56,2%) considerou difícil ou impossível.

A oferta de interferon convencional e de ribavirina foi considerada fácil por 68,7% das SES's. As avaliações restantes (31,2%) consideraram-na razoável.

TABELA 33. GRAU DE DIFICULDADE PERCEBIDO NA OFERTA DE EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR E NA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Procedimento	Muito Fácil	Fácil	Razoável	Difícil	Impossível	Total
HCV-RNA*	1 (6,3%)	3 (18,7%)	3 (18,7%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)	16 (100%)
Genotipagem*	-	1 (6,3%)	5 (31,2%)	7 (43,7%)	2 (12,5%)	16 (100%)
Interferon convencional	5 (31,2%)	6 (37,6%)	5 (31,2%)	-	-	16 (100%)
Ribavirina	5 (31,2%)	6 (37,5%)	4 (25,0%)	1 (6,3%)	-	16 (100%)

*Um (6,3%) não respondeu

Dificuldades

A Tabela 34 elenca as principais dificuldades percebidas pelas SES's para a realização dos procedimentos citados na Tabela 33. Para exames de biologia molecular, a falta de laboratórios com estrutura/equipamentos adequados e de kits para realização dos exames foram os problemas mais citados. A dificuldade de teto orçamentário foi citada, uma vez que os exames de biologia molecular são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) de alta complexidade, de acordo com a Portaria 526/01. Desta forma, a realização dos mesmos está limitada pelo teto de alta complexidade do estado.

Na oferta de interferon convencional e de ribavirina pelas SES's, as maiores dificuldades citadas foram a falta do medicamento e a demora nos processos de liberação.

TABELA 34. PRINCIPAIS DIFICULDADES RELATADAS NA OFERTA DE EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR E NA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Dificuldades	Nº
HCV-RNA	
Falta de estrutura/equipamentos para realização do exame	12
Exame não é realizado	3
Teto orçamentário	2
Genotipagem do HCV	
Falta de estrutura/equipamentos para realização do exame	13
Falta de kit	6
Exame não é realizado	3
Teto orçamentário	2
Interferon convencional	
Demora no processo de liberação do medicamento	2
Falta do medicamento.....	1
Ribavirina	
Demora no processo de liberação do medicamento	2
Falta do medicamento.....	1

Número de exames de biologia molecular

A Tabela 35 demonstra o número de exames de biologia molecular oferecidos mensalmente pelas SES's. A maioria delas não disponibiliza os exames de modo regular. A genotipagem não é realizada em 56,2% das avaliações e em 37,5% dos casos são oferecidos no máximo 50 exames por mês. O HCV-RNA não é realizado em 43,8% estados avaliados e em 31,2% dos casos são oferecidos no máximo 50 exames por mês.

TABELA 35. NÚMERO DE EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR REALIZADOS MENSALMENTE

Exames/mês	Genotipagem do HCV	HCV-RNA
Nenhum	9 (56,2%)	7 (43,8%)
Até 50	6 (37,5%)	5 (31,2%)
Mais de 50	1 (6,3%)	4 (25,0%)
Total	16 (100%)	16 (100%)

Tratamento

Todas as SES's oferecem algum esquema de tratamento para hepatite C (Tabela 36). O interferon convencional + ribavirina estão disponíveis em 100% dos estados avaliados. O interferon peguilado + ribavirina estão disponíveis em 75,0% das SES's. Apenas três não disponibilizam o interferon peguilado. Os maiores percentuais de uso de tratamento do interferon peguilado foram observados no Acre, Rio de Janeiro e Goiás, 33,4%, 30,1% e 26,5%, respectivamente. Na maioria dos outros estados, este percentual não ultrapassa 15%.

TABELA 36. NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO NO MOMENTO DA PESQUISA

Estado	IFN convencional+RBV	IFN peguilado+RBV	Outros esquemas	Total
SP	3.900 (93,2%)	284 (6,8%)	-	4.184 (100%)
RJ	600 (69,9%)	270 (30,1%)	-	870 (100%)
RS	823 (98,9%)	9 (1,1%)	-	832 (100%)
PR	368 (86,6%)	57 (13,4%)	-	425 (100%)
GO	250 (73,5%)	90 (26,5%)	-	340 (100%)
MG	140 (90,9%)	14 (9,1%)	-	154 (100%)
DF	130 (100%)	-	-	130 (100%)
AM	116 (100%)	-	-	116 (100%)
SE	40 (87,0%)	6 (13,0%)	-	46 (100%)
PA	35 (89,7%)	4 (10,3%)	-	39 (100%)
RN	34 (49,3%)	8 (11,6%)	27 (60,9%)	69 (100%)
AC	33(66,6%)	17 (33,4%)	-	50 (100%)
MT	33(89,2%)	4 (10,8%)	-	37 (100%)
ES	5 (100%)	-	-	5 (100%)
RR	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-	4 (100%)
TO	2 (100%)	-	-	2 (100%)
Total	6.512 (89,2%)	764 (10,5%)	27 (0,3%)	7.303 (100%)

IFN - interferon; RBV - ribavirina

Implantação da Portaria 263/02

Noves SES's possuem Comitê de Coordenação e 13 possuem Coordenador Estadual (Tabela 37). Entre as SES's que possuem Comitê Estadual, todas têm representantes da vigilância epidemiológica e da assistência à saúde, 66,7% têm representantes da vigilância sanitária e 44,4% têm representantes do setor de farmácia (Tabela 38).

TABELA 37. EXISTÊNCIA DE COMITÊ ESTADUAL DE HEPATITES E DE COORDENADOR ESTADUAL

Designação	Sim	Não	Total
Comitê de Coordenação	9 (56,4%)	7 (43,6%)	16 (100%)
Coordenador Estadual	13 (81,3%)	3 (18,7%)	16 (100%)

TABELA 38. CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COORDENAÇÃO ESTADUAL

Setor	Sim	Não	Total
Vigilância Epidemiológica	9 (100%)	-	9 (100%)
Assistência à Saúde	9 (100%)	-	9 (100%)
Vigilância Sanitária	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100%)
Farmácia	4 (44,4%)	5 (55,6%)	9 (100%)

Rede estadual de assistência

Oito SES's relataram a existência de rede estadual de laboratórios para hepatites e seis a existência de rede de ambulatórios (Tabela 39). Na maioria dos estados as redes possuem até cinco unidades (Tabela 40).

TABELA 39. EXISTÊNCIA DE REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS E/OU AMBULATÓRIOS PARA HEPATITES

Rede	Sim	Não	Não relatado	Total
Laboratórios	9 (56,3%)	4 (25,0%)	3 (18,7%)	16 (100%)
Ambulatórios	7 (43,8%)	6 (37,5%)	3 (18,7%)	16 (100%)

TABELA 40. NÚMERO DE UNIDADES DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS E/OU AMBULATÓRIOS PARA HEPATITES

Número de unidades	Rede de Laboratórios	Rede de Ambulatórios
Até 5	7 (77,8%)	4 (57,1%)
6 a 10	1 (11,1%)	1 (14,3%)
> 10	1 (11,1%)	2 (28,6%)
Total	9 (100%)	7 (100%)

DISCUSSÃO

Todos os estudos indicaram grande déficit de exames de biologia molecular. Esta foi a situação mais grave identificada. A oferta de consultas médicas, bem como a de outros exames complementares é satisfatória. No entanto, já é possível observar indicadores de sobrecarga nos ambulatorios dos grandes centros e na oferta de biópsia hepática. A oferta de medicamentos (interferon convencional e ribavirina) é boa. Não foi possível avaliar a oferta de interferon peguilado e lamivudina. A maioria dos estados ainda não definiu Coordenador Estadual do Programa de Hepatites Virais e não possui Comitê de Coordenação. A seguir é apresentada discussão detalhada de cada um dos estudos.

Ambulatórios Públicos

A cobertura de ambulatorios que prestam assistência às hepatites virais parece ser boa, apesar de cinco estados (Amapá, Alagoas, Maranhão, Piauí e Rondônia) não terem participado deste estudo. Estes estados sabidamente possuem serviços especializados.

Grande parte das unidades avaliadas existe há mais de cinco anos, podendo-se considerar pequena a criação de novos serviços nos últimos dois anos. Praticamente todos possuem médico hepatologista e/ou infectologista, sendo que 31 (42,5%) possuem os dois especialistas. A maioria deles possui outros profissionais de nível superior, como enfermeiro, assistente social ou psicólogo. Cerca de 20% das unidades não possuem funcionários administrativos.

A maioria dos ambulatorios é de pequeno porte, o que pode ser observado pelo número de turnos de funcionamento por semana (77,8% funcionam um ou dois turnos por semana) e pelo pequeno volume de consultas mensais (39,4% atendem até 100 consultas por mês).

Observou-se grande variação no número de primeiras consultas atendidas por mês (média de $61,0 \pm 126,8$, variando de cinco a 935) e no número total de consultas (média de 280 ± 444 , variando de três a 2.585). Isto é facilmente explicado pela diferença no tamanho dos serviços. Os prazos para marcação de primeira consulta e retorno podem ser considerados razoáveis, 58,3% das primeiras consultas são marcadas em até 15 dias e 73,1% dos retornos em até 30 dias. No entanto, as médias de tempo são bem maiores, 27,5 dias e 37,1 dias, respectivamente, o que indica que existe demanda reprimida em alguns serviços, principalmente nos maiores. O número total de casos novos de hepatite B (7.440 por ano) e C (25.452 por ano) está aquém do estimado pelo PNHV. Observa-se grande número de pacientes em acompanhamento quando comparado com o número de casos novos. A média da relação entre casos novos e em acompanhamento foi de 1:6,7 (variando de 1:1 a 1:50). Em se tratando de doença crônica, é esperado o aumento progressivo de pacientes nos serviços, mas também pode ser indicador de demanda reprimida.

A oferta de exames de bioquímica é muito boa e de sorologia satisfatória. Alguns serviços não dispõem de marcadores sorológicos diagnósticos, como anti-HAV IgG ou total (13 - 17,8%) e anti-HBc IgG ou total (3 - 4,1%). Seis serviços (8,2%) não dispõem de HBeAg ou anti-HBe, exames essenciais para acompanhamento de pacientes em tratamento de hepatite B crônica.

A oferta de exames de biologia molecular é bem restrita. Praticamente metade dos ambulatórios não tem acesso ao HBV-DNA e 40% não possuem exames de biologia molecular para hepatite C (HCV-RNA e genotipagem). Esta observação é compatível com os resultados dos outros estudos realizados.

A biópsia hepática, exame fundamental para a indicação do tratamento na hepatite viral crônica, está disponível em praticamente todos os serviços. Como observado nos outros estudos, esta situação é diferente da relatada pelos médicos de referência, o que pode ser indicativo de oferta no limite da necessidade atual. O aumento da demanda pode levar à sobrecarga na realização de biópsias hepáticas.

O transplante hepático é um procedimento de difícil acesso para um terço dos serviços avaliados. Resultado semelhante foi observado na avaliação dos Serviços de Referência.

Cerca de 70% dos serviços avaliados oferecem algum medicamento específico aos pacientes. Quarenta e oito ambulatórios (65,7%) dispõem de interferon convencional e ribavirina, único tratamento disponível no SUS até setembro deste ano. Quarenta e um serviços (56,1%) oferecem lamivudina e 14 (19,2%) interferon peguilado. Esses dois últimos padronizados no SUS apenas a partir de setembro de 2002. A oferta desses medicamentos no momento da pesquisa deve estar relacionada à decisão do gestor local ou estadual ou a disponibilidade do interferon peguilado através de projetos de pesquisa. Este resultado difere do observado nos outros estudos, que demonstram não haver dificuldade de acesso ao interferon convencional e a ribavirina. Isto pode ter ocorrido pelo fato da unidade dispensadora não funcionar no mesmo local que o ambulatório. Possivelmente, esta dificuldade de acesso não ocorre na prática.

Laboratórios Públicos

A cobertura de laboratórios de sorologia parece boa, de modo geral. Todos os estados brasileiros possuem pelo menos um serviço de referência para realização desses exames. Mesmos os estados de Rondônia e Alagoas, não incluídos neste estudo, sabidamente realizam estes exames.

A oferta de exames de biologia molecular é bastante limitada. Apesar de existirem 23 laboratórios que realizam esses exames, quase um por estado, eles se concentram apenas em apenas cinco estados: Pará, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná. Deste modo, a oferta dos exames é bastante restrita. A informação sobre a oferta desses exames em outra instituição não foi analisada, pois um dos objetivos do estudo é avaliar a capacidade instalada. Sabe-se que laboratórios de outros nove estados (Acre, Amazonas, Amapá, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Roraima e Rio Grande do Sul) relataram realizar os exames em outras instituições. No entanto, a informação que se obtém nos serviços de assistência é que, na prática, os exames não estão disponíveis.

A análise geral da estrutura dos laboratórios mostra boa situação. Todos os serviços contam com pessoal técnico de nível superior, 90,7% possuem técnicos de laboratório de nível médio, 97,3% funcionam pelo menos oito horas por dia, 83,6% entregam os resultados em no máximo duas semanas e 94,7% existem há mais de dois anos, a maioria deles (80,0%) há mais de cinco anos. Como ponto negativo, deve-se destacar que 20,0% dos serviços não possui pessoal administrativo.

A oferta de exames sorológicos é compatível com o que se espera na prática clínica, sendo os marcadores de triagem e confirmação diagnóstica são os mais oferecidos. Não foi possível analisar os tipos de exames realizados em relação ao porte do laboratório, devido a grande variabilidade. Ao comparar-se o volume de exames oferecidos pelos laboratórios incluídos neste estudo com o número de exames efetivamente pagos pelo SUS em 2001 (rede pública e conveniada), observa-se que eles representam 28,1% do total de exames de HBsAg e 28,8% do total de anti-HCV.

A oferta de exames de biologia molecular é bastante limitada, estando restrita a apenas cinco estados. Os laboratórios que realizam estes exames mostram grande complexidade, a maioria deles (87,0%) oferece dois ou três exames diferentes.

Durante o processo de análise observou-se algumas limitações do questionário que serão corrigidas nos próximos estudos. Deve-se incluir se os métodos utilizados para a realização dos exames são automatizados ou não, se os métodos de biologia molecular são comerciais ou *in house* e o quantitativo desses exames. Estas limitações não influenciaram os resultados finais deste estudo. A utilização de métodos automatizados para exames sorológicos é parâmetro de qualidade e organização do serviço. Quanto aos exames de biologia molecular, o número de pacientes tratados para hepatite C ao longo de 2002, cerca de 7.000 pessoas, suplanta em muito a capacidade instalada da rede. Para tratar este número de pacientes deveriam ter sido realizados pelos menos 14.000 exames HCV-RNA e 7.000 exames de genotipagem. Não existem informações disponíveis sobre o número de pacientes em tratamento para hepatite B no Brasil.

Serviços de Referência

Não foram observadas dificuldades na realização de exames sorológicos. Os resultados semelhantes encontrados nos Grupos A e B refletem a boa capacidade instalada para esses exames. Entre os motivos que dificultam a realização das sorologias, a falta de kits e a terceirização do serviço foram os mais citados, seguidos pela dificuldade de teto orçamentário e do encaminhamento das sorologias para os LACEN's. Estes resultados são concordantes com os observados na avaliação dos Laboratórios Públicos.

A biópsia hepática é exame fundamental para a definição da necessidade ou não de tratamento. Apesar de ter sido considerado exame de fácil realização por 76,4% do Grupo A e por 55,6% do Grupo B, deve-se estar atento a alguns detalhes. Entre os motivos de dificuldade foram citados: a falta de leitos, a falta de material específico para realização do exame (agulhas) e a falta de pessoal treinado. No caso de aumento da demanda de biópsias, com a efetiva implementação do Programa Nacional de Hepatites Virais, pode ocorrer sobrecarga na realização deste procedimento. Deve-se realizar avaliação mais detalhada da capacidade instalada para este exame e da possibilidade de expansão de sua oferta.

O transplante hepático foi considerado fácil em 41,3% das avaliações do Grupo A e impossível por 55,6% do Grupo B. Entre os motivos que mais dificultam a realização de transplante hepático, o mais citado foi a falta de centros de transplantes no estado, devendo o paciente ser encaminhado para outro estado.

A maioria dos dois grupos avaliou como fácil o acesso aos medicamentos (interferon convencional e ribavirina). As principais dificuldades foram: falta do medicamento, fornecimento pela SES, burocracia para o preenchimento de documentos para liberação e centralização da distribuição. Este trabalho não avaliou a oferta de interferon peguila e de lamivudina pelas SES's, pois a pesquisa foi realizada imediatamente após a publicação da Portaria 1.318/02, não havendo tempo hábil para a aquisição e distribuição deste medicamento antes do encerramento da coleta de dados.

A avaliação do tempo para marcação da primeira consulta e retorno demonstrou que no Grupo A existe maior dificuldade para agendamento das consultas do que no Grupo B. Este fato deve estar relacionado com o tamanho dos serviços, que são maiores no Grupo A e deve indicar a existência de demanda reprimida nesses serviços. A avaliação dos Ambulatórios Públicos mostrou resultados semelhantes.

Os exames de biologia molecular são essenciais, atualmente, no tratamento de pacientes com hepatite C crônica. O HCV-RNA é o exame confirmatório da hepatite C e é o único exame que permite identificar a infecção crônica pelo HCV. Além disso, o HCV-RNA é essencial no acompanhamento do tratamento, permitindo avaliar se houve cura ou não. O exame de genotipagem também é muito importante, pois define por quanto tempo o tratamento deve ser realizado. Na falta deste exame, todos os pacientes são tratados por 12 meses, sendo que cerca de 30% a 40% deles necessitariam de seis meses de tratamento. Nestes casos, a ampliação do tratamento implica em gastos desnecessários com medicamentos, além da exposição do paciente a efeitos colaterais potencialmente graves.

Observou-se grande dificuldade na realização dos exames de biologia molecular, mesmo no Grupo A (estados que disponibilizam estes exames). É importante destacar que 38,8% do Grupo B considerou impossível realizar o exame de HCV-RNA e que praticamente metade deste mesmo grupo julgou impossível realizar a genotipagem. As principais dificuldades citadas foram: falta de laboratório com estrutura/equipamentos, não oferta do exame pela SES e terceirização do exame. Esta situação já era esperada, pois apenas o estado de São Paulo possui rede de laboratórios realmente estruturada. Os outros estados possuem um ou dois serviços na capital, que atendem razoavelmente a demanda dos ambulatórios localizados na cidade. A avaliação dos Laboratórios Públicos demonstrou grande limitação da realização destes exames na maioria dos estados brasileiros. Este é um ponto importante de estrangulamento da assistência a pacientes com hepatites virais e deve ser feito grande esforço para sua solução em curto período de tempo.

Secretarias de Estado da Saúde

Os resultados apresentados podem não ser representativos de todos os estados, pois foram avaliados 60% deles (16 – 59,3%). No entanto, estão representados estados de portes diferentes e de todas as regiões do país. Entre os estados mais populosos, apenas a Bahia não participou. Logo, não há motivos para acreditar que a situação nos estados não avaliados seja muito diversa da aqui descrita.

A oferta de exames de biologia molecular é bastante limitado na maioria dos estados, sendo que 60% não oferece genotipagem e 48,8% não oferece HCV-RNA. Estas informações são compatíveis com as observadas nas outras avaliações.

A Tabela 41 compara o número de pacientes em tratamento atualmente com o número mínimo de pacientes com indicação de tratamento que o SUS seria capaz de identificar sem a capacitação dos diferentes níveis da rede. Os estados com o programa mais bem estruturado, como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande de Sul apresentam número de pacientes em tratamento maior que o estimado. Estados sem o programa estruturado e que sabidamente apresentam déficit na oferta de exames, como Minas Gerais, Mato Grosso, Espírito Santo, Roraima e Tocantins, apresentam grande defasagem entre o número de pacientes em tratamento e o número estimado.

TABELA 41. NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO EM 2002 COMPARADO AO NÚMERO MÍNIMO ESTIMADO

Estado	Pacientes em tratamento	Estimativa de tratamentos*	Diferença (%)
SP	4.184	1.606	2.578 (160,5%)
RJ	870	620	250 (40,3%)
RS	832	438	394 (90,0%)
PR	425	412	13 (3,2%)
GO	340	219	121 (55,3%)
MG	154	772	-618 (-80,1%)
DF	130	90	40 (44,4%)
AM	116	125	-9 (-7,2%)
SE	46	78	-32 (-41,0%)
PA	39	272	-233 (-85,7%)
RN	69	120	-51 (-42,5%)
AC	50	25	25 (100,0%)
MT	37	110	-73 (-66,4%)
ES	5	135	-130 (-96,3%)
RR	4	15	-11 (-73,3%)
TO	2	51	-49 (-96,1%)
Total	7.187	4.961	2.226 (44,9%)

* corresponde ao número de pacientes com indicação de tratamento (27,5%) do número mínimo de casos que se estima devem ser diagnosticados sem a capacitação da rede

A Tabela 42 compara o número de pacientes em tratamento atualmente com o número estimado de pacientes com indicação de tratamento que o SUS seria capaz de identificar após a capacitação dos diferentes níveis da rede. Todos os estados apresentam déficit em relação à estimativa.

Todas as SES's entrevistadas disponibilizam medicamentos para o tratamento das hepatites virais. A maioria das avaliações considerou fácil o acesso aos medicamentos (interferon convencional e ribavirina). As principais dificuldades foram a falta do medicamento e a demora nos processos de liberação desses. O interferon peguilado é oferecido pela maioria dos estados. Esta oferta deve estar relacionada a mandatos judiciais e/ou decisão da própria SES's, uma vez que não houve tempo hábil para sua disponibilização entre a coleta dos dados e a publicação da Portaria 1.318/02. O percentual de pacientes em uso de interferon peguilado, em relação ao total, é menor que o esperado (cerca de 40%) de acordo com o Protocolo Clínico definido pelo Ministério da Saúde. Este fato indica a maior probabilidade de oferta do medicamento devido a ações judiciais.

TABELA 42. NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO EM 2002 COMPARADO AO NÚMERO TOTAL ESTIMADO

Estado	Pacientes em tratamento	Estimativa de tratamentos*	Diferença (%)
SP	4.184	5.354	-1.170 (-21,9%)
RJ	870	2.065	-1.195 (-57,9%)
RS	832	1.460	-628 (-43,0%)
PR	425	1.374	-949 (-69,1%)
GO	340	1.374	-1.034 (-75,3%)
MG	154	2.573	-2.419 (-94,0%)
DF	130	301	-171 (-56,8%)
AM	116	416	-300 (-72,1%)
SE	46	259	-213 (-82,2%)
PA	39	905	-866 (-95,7%)
RN	69	400	-331 (-82,8%)
AC	50	82	-32 (-39,0%)
MT	37	365	-328 (-89,9%)
ES	5	449	-444 (-98,9%)
RR	4	49	-45 (-91,8%)
TO	2	169	-167 (-98,8%)
Total	7.187	17.180	-9.993 (-58,2%)

* corresponde ao número de pacientes com indicação de tratamento (27,5%) do número de casos que se estima devem ser diagnosticados após a capacitação da rede

A Portaria 263/02, que institui competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, encontra-se parcialmente implantada na maioria dos estados avaliados. Grande parte dos estados já definiu o Coordenador Estadual, mas apenas metade possui o Comitê de Coordenação. Deve-se lembrar que os 10 estados que não participaram deste estudo possivelmente não possuem Coordenador Estadual e/ou Comitê de Coordenação. Considerado isto, 48,1% dos estados tem Coordenador Estadual definido e 33,3% tem Comitê de Coordenação.

Poucos estados relatam a existência de rede estadual de laboratórios e de ambulatórios para hepatites e na maioria deles as redes possuem menos de cinco unidades. A rede existente sem dúvida está aquém da necessidade para acompanhamento adequado dos pacientes com hepatites virais. Estas informações estão coerentes com as observadas nos outros estudos, que mostraram grande deficiência na oferta de exames de biologia molecular.

CONCLUSÕES

Apesar da amplitude deste trabalho, é pouco provável que tenham sido identificados todos os ambulatórios e laboratórios públicos que atendem hepatites virais no Brasil. Esta pesquisa deve ter sido capaz de identificar a maioria deles e, com certeza, os principais. Os serviços avaliados contam com boa infra-estrutura básica dos laboratórios

e recursos humanos adequados. A maioria dos ambulatórios é de pequeno porte e tem horário de funcionamento limitado.

Existe boa oferta de consultas, apesar do número de casos novos atendidos estar abaixo do esperado. Existem indicadores de demanda reprimida nos ambulatórios de maior porte, que apresentam prazos de marcação de primeira consulta e de retorno superiores a 30 dias. Quando se compara o número de pacientes em tratamento atualmente e o número projetado com a implementação do PNHV, existe déficit de consultas em todos os estados (Tabelas 41 e 42).

A rede instalada para exames de sorologia apresenta boa cobertura no território nacional e deve ser suficiente para absorver o aumento de demanda esperado com a implementação das ações do PNHV.

Não foram observadas dificuldades para a realização de biópsia hepática. No entanto, deve-se estar atento a esta situação, que necessita de avaliação mais detalhada, pois parece estar no limite de sua capacidade instalada.

Identificou-se limitação de acesso ao transplante hepático. A inexistência de centros de transplante no estado, o número pequeno de centros em relação ao tamanho do estado e a centralização foram identificados como os maiores limitantes. Apesar disso, tem-se observado aumento do número de transplantes de fígado realizados no Brasil nos últimos anos.

A Portaria 639/00, que instituiu o tratamento da hepatite C crônica em junho de 2000, está parcialmente implantada no país. Não são observadas dificuldades no fornecimento de medicamentos, mas a realização de exames de biologia molecular é bastante deficiente. As possíveis explicações para esta diferença podem estar na forma de financiamento. Os medicamentos são financiados pelo FAEC estratégico (extrateto estadual) e os exames de biologia molecular pelo FAEC alta complexidade (inclusive no teto estadual). Outra causa potencial é uma possível defasagem na tabela de SIA/SUS em relação aos exames de biologia molecular, que pode limitar a terceirização dos exames. E, pode existir necessidade de investimento em infra-estrutura de laboratório e em equipamentos para a realização dos exames, sem fonte de financiamento definida.

A capacidade instalada para exames de biologia molecular é muito limitada e está bastante aquém da necessidade atual. Mesmo nos estados onde existem laboratórios públicos que realizam esses exames existe restrição importante em sua oferta.

A Portaria 263/02, que criou o PNHV e os programas estaduais, está implantada em pequena parte dos estados. Apenas 13 estados possuem Coordenador Estadual e apenas nove possuem Comitê de Coordenação.

Os resultados observados nesta avaliação corroboram as principais ações planejadas pelo Programa Nacional de Hepatites Virais, por meio de seu Plano Operacional. É necessário, em primeiro lugar, sensibilizar os gestores para a magnitude do problema. A implantação de Sub-rede de Laboratórios de Biologia Molecular para Hepatites Virais é de grande importância para garantir o acesso aos exames de biologia molecular e a assistência adequada aos pacientes. A capacitação de recursos humanos também é componente importante do plano, pois permitirá a criação de novos centros de referência e a descentralização da assistência, com a transferência dos casos menos complexos para a atenção básica.

**Plano Operacional do Programa Nacional
de Hepatites Virais**
Biênio 2002-2003

APRESENTAÇÃO

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo pelo tecido hepático e que apresentam diferentes características epidemiológicas, clínicas, imunológicas e laboratoriais. Podem ser agrupadas segundo o modo de transmissão em dois grupos: as de transmissão parenteral/sexual (hepatite B, C e D) e as de transmissão fecal-oral (hepatite A e E). As hepatites A e E são doenças autolimitadas, cuja morbimortalidade depende da faixa etária acometida e de outras condições. Podem ocorrer surtos populacionais restritos. As hepatites B, C e D provocam infecções crônicas em percentual variado das pessoas infectadas e podem evoluir para insuficiência hepática grave (cirrose) ou hepatocarcinoma. A vigilância epidemiológica eficaz e o tratamento correto das hepatites trazem grandes benefícios à população, sendo possível diminuir ou mesmo eliminar a evolução para formas mais graves, em médio e longo prazo.

As hepatites causadas pelos vírus B e C se constituem em grave problema de saúde pública. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas se infectaram em algum momento da vida com o vírus da hepatite B (HBV) e 325 milhões de indivíduos tornaram-se portadores crônicos.

Atualmente, a infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) é considerada por muitos especialistas a doença infecciosa crônica mais importante em todo mundo. Alter e colaboradores, em estudo realizado no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), observaram prevalência de 1,8% de indivíduos com reatividade para anticorpos para o HCV na população dos Estados Unidos, estimando-se que existam 3,9 milhões de americanos infectados, o que resultaria entre 8.000 a 10.000 mortes anuais por doença crônica associada à hepatite C.

Entre as pessoas infectadas pelo HCV, apenas 15% a 20% eliminam o vírus do organismo, os 80% a 85% restantes evoluem para a infecção crônica, sob diferentes formas. Vários estudos demonstram que 20% dos portadores crônicos da hepatite C evoluem para cirrose e entre 1,0% a 5,0% desenvolvem carcinoma hepatocelular. O tempo de evolução para estágio final da doença é de 20 a 30 anos. Os dados disponíveis para as hepatites virais no Brasil são poucos e com abrangência limitada. Para hepatite C, apenas dois estudos de base populacional foram realizados até hoje, um na cidade de São Paulo e outro em Salvador (dado não publicado). A incidência observada nestes estudos, na população em geral, foi de 1,4% e 1,5%, respectivamente. Em populações específicas, a prevalência é bem maior. Estudo realizado em Santos (SP), observou-se prevalência de 10,9% em mulheres profissionais do sexo. Os principais fatores de risco foram a utilização de drogas injetáveis e a atividade sexual com múltiplos parceiros. Outro estudo, realizado com usuários de drogas injetáveis na cidade do Rio de Janeiro, observou prevalência de 69,6%.

A hepatite B apresenta cura espontânea em até 90% dos casos, mas a taxa de cronificação varia de acordo com a idade da infecção, de 85% em recém-nascidos e entre 6% a 10% em adultos. Cerca de 50% dos doentes crônicos desenvolvem cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular. Os estudos epidemiológicos sobre a hepatite B na população brasileira também são poucos e em populações restritas. O único estudo de base populacional realizado indica prevalência de portadores crônicos (HBsAg positivos) de 1,02%, no município de São Paulo. Estudos menores indicam prevalência de HBsAg variando de 0,7% entre doadores de sangue em Florianópolis e 16,7% em cidade do interior do Amazonas. É importante destacar estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, que observou prevalência de 7,1% entre estudantes de odontologia do último ano do curso e de 14,9% entre profissionais já graduados. Apesar da escassez de informações, parece que a prevalência de hepatite B é maior nos estados da região amazônica, no Espírito Santo e no oeste do Paraná e de Santa Catarina.

A hepatite delta é causada por um vírus incompleto e incapaz, por si próprio, de causar infecção. Logo, a infecção pelo vírus da hepatite delta (HDV) é dependente da infecção pelo HBV, que deve ser anterior ou simultânea. A necessidade desta dupla infecção não é clara e suas relações são complexas. O reservatório e fonte de infecção é o homem. Acredita-se que seja transmitido da mesma maneira que o HBV. A transmissão pode ser pessoa a pessoa, direta ou mediada por material contaminado. Todas as pessoas que estão infectadas com o HBV, ou que são suscetíveis a ele, podem ser infectadas pelo HDV. Não existe imunização artificial, ativa ou passiva. A prevenção da hepatite delta depende da prevenção da hepatite B e, nos portadores ou doentes crônicos pelo HBV, a única medida eficaz é evitar a exposição a qualquer fonte possível do vírus delta. No Brasil, o maior número de casos conhecidos localiza-se na região amazônica, onde é alta a endemicidade. Nesta região, encontra-se mais de 20% de positividade para o anti-HDV entre pessoas assintomáticas e de 90% ou mais entre casos de hepatite crônica. Em São Paulo e no Rio de Janeiro, têm sido diagnosticados casos importados de outras regiões, sendo ausente ou baixa a incidência de casos autóctones. Foram observados importantes surtos na América do Sul (Brasil, Venezuela e Colômbia), em repúblicas centro-africanas e entre usuários de drogas injetáveis nos Estados Unidos.

A hepatite A é doença autolimitada, que não apresenta formas crônicas, evoluindo para cura na grande maioria das vezes. A forma fulminante pode ocorrer em até 1% dos casos e a incidência aumenta com a idade, sendo maior em pessoas com mais de 65 anos. O homem é o único reservatório natural do vírus da hepatite A (HAV), sendo de maior importância para saúde pública os casos assintomáticos ou oligossintomáticos, que mantêm a cadeia de transmissão. A infecção pelo HAV foi relatada em todos os países em que foi pesquisada, indicando que este vírus tem distribuição global. A infecção ocorre em faixas etárias menores na população de nível sócio-econômico baixo, comparada a população de nível sócio-econômico mais elevado e é endêmica em áreas em desenvolvimento. No Brasil, a hepatite A é endêmica e é mais freqüentemente observada em crianças, adolescentes e adultos jovens. Vários estudos realizados mostraram prevalência de positividade de anti-HAV variando de 73,3% (região amazônica entre zero a 10 anos) a 100% (Marabá - PA, maiores de cinco anos). Mas, esta prevalência pode variar de acordo com o nível sócio-econômico da população avaliada. Abuzwaida e colaboradores, em estudo randomizado, observaram prevalência de 90% de anticorpos aos 11 anos de idade em Nova Iguaçu - RJ (nível sócio-econômico baixo);

a mesma prevalência só foi observada aos 32 anos ou mais em Niterói - RJ (nível sócio-econômico médio). Em São Paulo, Panutti e colaboradores constataram que a prevalência variou com o nível sócio-econômico dos indivíduos. No "nível baixo", houve 100% de positividade a partir dos oito anos de idade, enquanto que no "nível médio", a prevalência de 87,1% foi detectada entre os 16 e 20 anos. Estes estudos indicam a possível mudança do padrão epidemiológico, que pode estar restrito a algumas regiões do país.

A hepatite E é muito semelhante à hepatite A. É autolimitada e não apresenta formas crônicas, evoluindo para cura na grande maioria das vezes. Os casos de hepatite fulminante parecem ser mais freqüentes entre mulheres e, principalmente, entre grávidas. Em surto de hepatite ocorrido na Etiópia, também se observou maior mortalidade entre grávidas relacionada à hepatite E, além de casos de complicações fetais (prematuridade, morte intra-uterina e morte imediatamente após o nascimento). Nos países em desenvolvimento, o HEV é importante agente etiológico de hepatite em áreas com saneamento básico deficiente. Têm sido descritas epidemias em que se aceita a participação do HEV como agente etiológico em vários países do mundo. No Brasil, os primeiros três casos foram descritos na Bahia em 1993. Estudo realizado com a população residente no município de São Paulo mostrou 1,68% de prevalência de anticorpos anti-HEV. Segundo o autor, esses achados assemelham-se aos de países desenvolvidos.

A realidade epidemiológica das hepatites virais deve ser bastante diversa nas diferentes regiões brasileiras, sendo necessário maior conhecimento dela para melhor planejamento de estratégias de prevenção e assistência. Os poucos dados disponíveis dão idéia do impacto das hepatites virais sobre a população brasileira. Os bancos de sangue identificaram no ano de 2000, cerca de 12.600 portadores do HBV e 13.000 portadores do HCV entre dois milhões de doadores. Entre os 386 transplantes hepáticos realizados no ano de 2001, ao custo de R\$ 23.096.373,00, as hepatites virais foram a principal indicação do procedimento. Inquestionavelmente, as hepatites virais, principalmente as formas crônicas da hepatite B e C, provocam grande morbimortalidade na população brasileira. Dentro desta realidade, foi criado, em 5 de fevereiro de 2002, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

OBJETIVO

Implantar o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, com ações no âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde; de forma articulada entre o Ministério da Saúde, Secretárias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde; e integrando as ações da Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Fundação Nacional de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Objetivos específicos

1. Conhecer a realidade epidemiológica das hepatites virais no Brasil.
2. Realizar diagnóstico situacional da rede de assistência laboratorial e ambulatorial.

3. Sensibilizar os Gestores Estaduais e Municipais para o problema das hepatites virais.
4. Articular programas de colaboração com organismos internacionais na busca de financiamento para implementação de ações específicas do Programa.
5. Sensibilizar e articular ações com as entidades profissionais de classe e as sociedades médicas de especialidades.
6. Sensibilizar comunicadores em todos os níveis.
7. Sensibilizar a população em geral.
8. Articular ações com as organizações da sociedade civil.
9. Capacitar recursos humanos, em todos os níveis de complexidade, para realização de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência às hepatites virais.
10. Definir e implementar estratégias de prevenção às hepatites virais.
11. Adequar a rede de assistência laboratorial e ambulatorial à demanda das hepatites virais.
12. Elaborar e manter atualizado o Consenso Brasileiro para Tratamento das Hepatites Virais.

COMPONENTES DO PROGRAMA

Gestão

A estruturação do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV) nos três níveis da administração pública deve estar em concordância com a orientação da NOAS-SUS 01/2001, que prevê a regionalização da assistência a saúde e o planejamento regional integrado, de modo que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema.

Diante das poucas informações epidemiológicas disponíveis sobre as hepatites virais no Brasil, o melhor conhecimento desta situação é essencial para a definição de indicadores e o planejamento das ações a serem implantadas. Existem cerca de 40 trabalhos epidemiológicos publicados em periódicos científicos sobre a prevalência hepatites virais no Brasil. Todos são de âmbito regional ou local e, em conjunto, não permitem a projeção da situação para todo o país.

As hepatites virais são consideradas doenças de notificação compulsória desde 1996, mas houve muitas alterações nos critérios de notificação, que se tornaram definitivos apenas em 1999. Devido a isto, os dados de notificação apresentam certa descontinuidade e não servem como marcadores fidedignos no momento.

Procurando solucionar esta questão o PNHV estará participando, junto com o CENEPI/FUNASA, de três estudos epidemiológicos de âmbito nacional. O primeiro,

já em andamento, é o Projeto Sentinela de Gestantes, realizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids. Este projeto realiza a testagem de gestantes numa amostra aleatória de maternidades em todo o país. O sangue é coletado de maneira anônima e não-vinculada e testado para sífilis e HIV. Este ano, foram incluídos testes para hepatite B e C. Os resultados são extrapoláveis para mulheres em idade fértil.

O Projeto Sentinela das Forças Armadas, também organizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids, será realizado no segundo semestre de 2002. Este projeto avalia homens jovens entre 17 e 22 anos de idade. Além da realização de exames sorológicos para sífilis, HIV, HBV e HCV, os voluntários preencherão questionário sócio-comportamental que avalia conhecimento, representação social e fatores de risco sobre as doenças em questão. Apesar da faixa etária parecer restrita a princípio, a avaliação de fatores de risco aliada à sorologia fornecerá informações importantes para estratégias de prevenção futuras, pois os adolescentes e adultos jovens representam população-alvo importante para o PNHV, pelo início da atividade sexual e do uso de drogas, associado ao sentimento de invulnerabilidade característico desta idade.

O terceiro estudo, planejado pelo CENEPI/FUNASA para ser executado até o final de 2003, é um inquérito domiciliar em todas as capitais brasileiras, com cerca de 70.000 participantes entre 5 e 39 anos de idade. É o estudo mais amplo dos três, e que deve fornecer as informações mais completas. Serão avaliadas as hepatites A, B e C.

No primeiro trimestre de 2003 deve ser realizado o Projeto Sentinela de Clínicas de DST, público de grande importância para as hepatites B e C. A participação do PNHV neste projeto está sendo avaliada.

Além de conhecer a realidade epidemiológica das hepatites virais, é necessário identificar a rede assistencial instalada e sua capacidade de atendimento. Não existe no Brasil rede formal de atendimento a pacientes portadores de hepatites virais. Atualmente, estes pacientes são avaliados em ambulatórios de hepatologia e infectologia, principalmente em serviços ligados a instituições de ensino. Os exames laboratoriais são realizados nos laboratórios da própria instituição ou nos LACEN's. Avaliação realizada com profissionais de referência mostrou que a rede existente está aquém da necessidade e que todos os serviços trabalham com demanda reprimida de consultas e com grande dificuldade na realização de exames, mesmo os menos complexos, como sorologias por ELISA. O PNHV iniciou estudo para a avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil, que estará finalizado até o final de 2002. Além da avaliação de ambulatórios e laboratórios públicos, serão feitos dois estudos qualitativos, um com Serviços de Referência e outro com as Secretarias de Estado da Saúde.

Está sendo avaliado também, junto à Diretoria de Atenção Básica, a cobertura da atenção básica em cada estado. O cruzamento destas três fontes de dados, epidemiologia, capacidade operacional especializada e cobertura da atenção básica, permitirão o planejamento estratégico do PNHV, com a otimização dos recursos disponíveis e o reforço estrutural onde for necessário.

A sensibilização dos gestores estaduais e municipais é estratégia essencial para a implementação de qualquer programa de saúde pública no SUS. O envolvimento dos gestores não se resume à demonstração da gravidade do problema e seu impacto sobre a população ou das possíveis vantagens da participação em programa federal. Este processo deve ser visto como algo mais amplo, associado a política global de promoção da saúde, onde se busca mais que o apoio institucional para a implementação de ações. Deve-se buscar o comprometimento verdadeiro das instituições e a articulação entre os

diferentes segmentos da sociedade, públicos e privados, com o objetivo mais amplo que apenas implantar ações de prevenção e assistência. Deve ser organizado Seminário Nacional sobre Hepatites Virais, com a participação dos gestores estaduais e municipais. Será instituído Comitê de Gestores, com gestores estaduais e principais gestores municipais, para discutir, acompanhar e avaliar a implementação das ações do PNHV.

As parcerias com agências financiadoras internacionais têm-se mostrado de grande importância no financiamento de projetos de estruturação, sustentabilidade e prevenção. O PNHV tem mantido contato com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, a UNDCP e a UNESCO para avaliação de projetos comuns que possam ser desenvolvidos principalmente na área de prevenção.

Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde tem despontado como a opção de controle dos problemas de saúde através do entendimento mais amplo da situação, que extrapola o pensamento meramente biomédico. Através da integração das ações de prevenção, educação, recuperação e reabilitação, este “novo” conceito de promoção da saúde busca integrar os diferentes setores da sociedade, em seus respectivos papéis, com políticas inter-setoriais. Talvez este seja o grande paradigma da saúde pública neste momento. A mudança do foco da atenção ao paciente, procurando alternativas ao pensamento biomédico clássico, centrado na doença, em busca de políticas mais comprometidas com a qualidade de vida.

Quatro diferentes públicos-alvo devem ser sensibilizados pelo problema das hepatites virais com objetivo de maior participação, integração e sustentabilidade em longo prazo do PNHV. São eles os gestores estaduais e municipais, os profissionais de saúde, os comunicadores em geral e as organizações da sociedade civil.

A estratégia de trabalho com os gestores será a realização do Seminário Nacional sobre Hepatites Virais e a formação do Comitê de Gestores. Espera-se atingir os profissionais de saúde através das entidades profissionais nacionais e regionais, sociedades de especialidade e seus respectivos órgãos de divulgação. As sociedades de especialidades, que representam a Associação Médica Brasileira, já participam do PNHV através dos comitês assessores. Estas sociedades também serão convidadas a participar dos projetos de capacitação de recursos humanos.

A imprensa em geral está muito atenta e mobilizada em relação a questões que envolvem a hepatite C, principalmente o tratamento. Como as ações relativas a hepatites no Ministério da Saúde eram dispersas, a imprensa não tem o PNHV como primeira referência nessas questões. É preciso definir junto a Assessoria de Comunicação estratégias para inverter este quadro, mostrando que as outras hepatites virais, não só a hepatite C, são grave problema de saúde pública e divulgando enfaticamente as ações concretas do Ministério neste campo.

As organizações da sociedade civil (OSC) são público-alvo de grande importância na política de promoção da saúde. É preciso envolvê-los de forma ativa e construtiva no processo. O PNHV tem mantido contato com o Programa Comunidade Solidária, para o desenvolvimento de oficina de capacitação das OSC's de acordo com a proposta da Lei 9.790/99 que regulamenta as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's). Existem cerca de 15 OSC's de hepatites virais no Brasil, a grande maioria delas exclusivamente de hepatite C e com menos de dois anos de fun-

cionamento. É necessário aprimorar a formação desses dirigentes (ativistas) e estimular a formação de novos grupos, garantindo a representatividade social, a sustentabilidade das OSC's e do próprio Programa.

Na busca de maior integração entre os componentes do PNHV e os outros órgãos do Ministério da Saúde, o programa de capacitação de recursos humanos está incluído na Promoção da Saúde. Inicialmente, serão organizados três programas de capacitação, dirigidos para os diferentes níveis da assistência:

- Aconselhamento e Prevenção (Centros de Testagem e Aconselhamento);
- Diagnóstico e Acompanhamento (Atenção Básica); e
- Tratamento e Acompanhamento (Centros de Referência).

Está sendo elaborado o Manual do Programa Nacional de Hepatites Virais, que servirá como material bibliográfico de referência para todas as capacitações. A metodologia empregada será a de problematização e imersão. Todos os cursos seguirão o mesmo modelo. Inicialmente, será organizada oficina com especialistas para a elaboração de cada curso. Com o material pronto, será realizada uma ou mais oficinas para a capacitação de instrutores, que além do conteúdo teórico das hepatites, receberão orientação pedagógica. A formação e a educação continuada do corpo de instrutores são essenciais para garantir a qualidade da capacitação em médio e longo prazo. Futuros instrutores podem ser selecionados entre os novos alunos.

Prevenção

As estratégias de prevenção das hepatites virais são bem amplas, partindo de ações de saneamento básico para a prevenção da hepatite A até programas de redução de danos para prevenção de hepatite B e C entre usuários de drogas.

A estratégia menos complexa de se implementar é a vacinação contra hepatite B, que já está nos serviços de rotina da atenção básica. A vacinação de recém-nascido e menores de um ano já é realizada de rotina, bem como de populações especiais. O objetivo do Ministério da Saúde é vacinar 100% da população até 19 anos até o final de 2003. O PNHV, juntamente com o PNI/FUNASA, está definindo estratégias para que se alcance a vacinação de 60% desta população até o final deste ano e os 100% até o final de 2003.

Quando a redução da transmissão sexual e sanguínea do HBV e HCV, o PNHV está atuando em conjunto com a Coordenação de DST/Aids para ampliar e reforçar suas campanhas específicas, como campanhas de esclarecimento, distribuição de preservativos e programa de redução de danos. Alguns estudos mostram risco de transmissão do HCV através do compartilhamento de "canudinho" durante o uso de cocaína inalada. A exemplo de alguns países da Europa, como Espanha e Holanda, o PNHV desenvolverá kit para prevenção da transmissão do HCV através de cocaína inalada, como parte integrante do programa de redução de danos.

A hepatite A passa por fase de transição de padrão epidemiológico em várias regiões do Brasil, com o deslocamento da transmissão para faixas etárias maiores. Diante desta mudança de padrão, o PNHV está avaliando junto com o CENEPI e o PNI a necessidade de implantação de novas estratégias de controle da doença.

Assistência

Após o diagnóstico situacional da rede de assistência será possível realizar planejamento adequado das ações de assistência, de acordo com a orientação da NOAS-SUS 01/2001.

Assistência Especializada

A rede de assistência especializada as hepatites virais será dividida em três níveis, conforme a Figura 1. A rede básica, formada pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's) e pela Atenção Básica/PSF, será a porta de entrada, tendo como objetivo principal a prevenção, o aconselhamento e o diagnóstico sorológico. Espera-se evitar, desta forma, a sobrecarga dos serviços especializados com este procedimento, que pode ser considerado menos complexo. As instâncias devem trabalhar articuladamente com mecanismos de referência e contra-referência de acordo com os níveis de complexidade. É necessário aguardar a avaliação da rede instalada para realizar planejamento mais preciso sobre as necessidades de adequação estrutural.

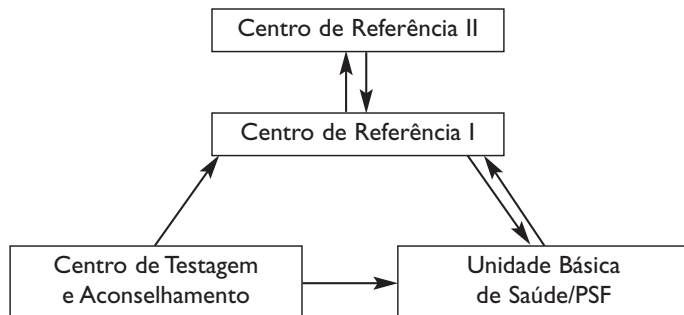


FIGURA 1. ESTRUTURA DA REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS HEPATITES VIRAIS

Rede de Laboratórios

A rede de laboratório bem estruturada e equipada é essencial para a assistência ao paciente com hepatite, não sendo possível definir o diagnóstico, a necessidade de tratamento e o controle de cura sem ela. A rede laboratorial atual representa o principal ponto de estrangulamento na assistência de pacientes com hepatites virais. Ela deve ser organizada, de acordo com a realidade de cada região, em níveis de complexidade diferenciados. Preferencialmente, a rede de laboratórios para realização de exames de biologia molecular (PCR qualitativo e genotipagem) deve ser instalada em sobreposição as redes de mesma natureza já instaladas pela CN-DST/Aids para monitoramento do HIV, aproveitando a rede de coleta, referência e contra-referência e o pessoal já capacitado. É necessário reavaliar os recursos humanos atualmente disponíveis, devido à possibilidade de sobrecarga da rede pela demanda reprimida de exames para hepatite.

Análise semiquantitativa realizado com profissionais de referência mostrou que se encontra grande dificuldade na realização dos exames de biologia molecular para o HCV. Apparentemente, está dificuldade está relacionada à forma de financiamento dos

exames, inclusos no FAEC alta complexidade, que está limitado ao teto estadual.

Propostas de ações mais objetivas em relação à rede laboratorial só serão possíveis após o fim do processo de avaliação. Mas, ante os problemas já identificados, o PNHV analisa formas de garantir o fornecimento de kits diagnósticos para hepatite B e C para os CTA's, para estimular a integração desses serviços à rede de hepatites e suprir a demanda crescente com o início do Programa. Haverá grande aumento da demanda pelos exames de biologia molecular e a melhor estratégia para realização desses exames ainda será definida. No entanto, o financiamento deles através do FAEC estratégico, ao invés do FAEC alta complexidade, parece ser uma opção, mesmo que temporária.

Medicamento

Atualmente, não se observa dificuldades no fornecimento dos medicamentos para tratamento das hepatites B e C. O seu fornecimento é responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde, que são reembolsadas pelo FAEC estratégico. A oferta de novos medicamentos, a exemplo do que ocorre em outros programas, e o crescente número de pacientes em tratamento, leva a necessidade de definição de estratégia própria de assistência farmacêutica. Além da negociação em médio e longo prazo com fornecedores, deve-se avaliar a possibilidade de implantar política de incentivo a produção dos medicamentos por laboratórios públicos nacionais. Com o crescimento da demanda e dos gastos, deve-se também avaliar a centralização da compra dos produtos, o que daria ao governo maior poder de negociação.

AÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos específicos e ações planejadas

Nesta seção estão descritas as ações a serem implementadas de acordo com os objetivos específicos definidos anteriormente.

- A) Conhecer a realidade epidemiológica das hepatites virais no Brasil
 - 1) Projeto Sentinela de Gestantes
 - 2) Projeto Sentinela das Forças Armadas
 - 3) Inquérito Domiciliar de Hepatites Virais
- B) Realizar diagnóstico situacional da rede de assistência laboratorial e ambulatorial
 - 4) Avaliação da rede laboratorial
 - 5) Avaliação da rede ambulatorial
 - 6) Avaliação da cobertura da Atenção Básica
- C) Sensibilizar os gestores estaduais e municipais para o problema das hepatites virais
 - 7) Organização do Seminário Nacional de Hepatites Virais para Gestores
 - 8) Organização do Comitê de Gestores do PNHV, com reuniões trimestrais
 - 9) Organização de reuniões macrorregionais
 - 10) Visitas de supervisão, assessoria, representação e consultoria

- D) Articular programas de colaboração com organismos internacionais
- 11) Negociação de parcerias com organismos internacionais (UNESCO, UNDCP, Banco Interamericano de Desenvolvimento)
- E) Sensibilizar comunicadores em todos os níveis
- 12) Definição de estratégias de comunicação
- F) Sensibilizar profissionais de saúde
- 13) Campanha de esclarecimento sobre hepatites virais para profissionais de saúde
- G) Sensibilizar a população em geral
- 14) Campanha nacional de esclarecimento sobre as hepatites virais
- H) Articular ações com as OSC's
- 15) Organização de oficina de capacitação de OSCIP's
 - 16) Organizar Fórum Nacional de OSC's de Hepatites Virais
- I) Capacitar recursos humanos, em todos os níveis de complexidade, para realização de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência às hepatites virais
- 17) Elaboração do curso de capacitação de CTA's, Atenção Básica e Centros de Referência
 - 18) Confeção do material didático para os cursos de capacitação
 - 19) Curso de formação de instrutores
 - 20) Capacitação de CTA's, da Atenção Básica e de Centros de Referência
- J) Definir e implementar estratégias de prevenção das hepatites virais
- 21) Desenvolvimento e implantação de programa de redução de danos
 - 22) Intensificação da campanha de vacinação contra hepatite B
 - 23) Vacinação de populações com risco acrescido para hepatite B
 - 24) Campanhas para públicos-alvo específicos (adolescentes, profissionais de saúde, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, usuários de drogas)
 - 25) Definição de novas estratégias de controle da hepatite A
- L) Adequar a rede de assistência laboratorial e ambulatorial à demanda das hepatites virais
- 26) Disponibilidade efetiva dos exames de biologia molecular para hepatite B e C
 - 27) Otimização do tratamento da hepatite B e C
- M) Elaborar e manter atualizado Manual do Programa Nacional de Hepatites Virais
- 28) Elaboração e confeção do Manual do Programa Nacional de Hepatites Virais

Ações planejadas e resultados esperados

A seguir são elencados os resultados esperados de acordo com as ações descritas anteriormente.

- 1) Projeto Sentinela de Gestantes
 - Prevalência do HBV e do HCV em mulheres em idade reprodutiva

- 2) Projeto Sentinela das Forças Armadas
 - Prevalência do HBV e do HCV em homens de 17 a 22 anos
 - Grau de conhecimento sobre hepatites
 - Fatores de risco para hepatite B e C
 - Ação educativa através da distribuição de folders
- 3) Inquérito Domiciliar de Hepatites Virais
 - Prevalência do HAV, HBV e HCV na população entre 5 e 39 anos
 - Grau de conhecimento sobre hepatites
 - Fatores de risco para hepatite A, B e C
- 4) Avaliação da rede laboratorial
 - Cadastro das unidades
 - Diagnóstico situacional da rede laboratorial
 - Implantação de sistema de avaliação constante da rede laboratorial
- 5) Avaliação da rede ambulatorial
 - Cadastro das unidades
 - Diagnóstico situacional da rede ambulatorial
 - Implantação de sistema de avaliação constante da rede ambulatorial
- 6) Avaliação da cobertura da Atenção Básica
 - Cobertura assistencial da Atenção Básica por estado
- 7) Organização do Seminário Nacional de Hepatites Virais para Gestores
 - Sensibilização de gestores municipais e estaduais
 - Comprometimento com a implantação do programa
- 8) Organização do Comitê de Gestores do PNHV, com reuniões trimestrais
 - Sensibilização de gestores municipais e estaduais
 - Comprometimento com a implantação do programa
 - Avaliação sistemática da implantação do programa
- 9) Organização de reuniões macrorregionais
 - Realização de 10 reuniões macrorregionais por ano
 - Avaliação sistemática da implantação do programa
- 10) Visitas de supervisão, assessoria, representação e consultoria
 - Avaliação local das unidades e da implantação do programa
 - Viagens de consultores do PNHV à Brasília ou aos estados
 - Viagens de representação do PNHV em reuniões e em eventos
 - 100 visitas de supervisão, assessoria, representação e consultoria por ano
- 11) Negociação de parcerias com organismos internacionais (UNESCO, UNDCP, Banco Interamericano de Desenvolvimento)
 - Captação de recursos externos
 - Desenvolvimento de projetos específicos de redução de danos, promoção da saúde, prevenção e reforço de infra-estrutura

- 12) Definição de estratégias de comunicação
 - Aumento visibilidade do programa e de suas ações
 - Criação do site do Programa Nacional de Hepatites Virais
- 13) Campanha de esclarecimento sobre hepatites virais para profissionais de saúde
 - Campanha nacional com objetivo de sensibilizar e informar profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) sobre as hepatites virais e o PNHV
- 14) Campanha nacional de esclarecimento sobre as hepatites virais
 - Campanha nacional com objetivo de sensibilizar a população sobre as hepatites virais (o que é, prevenção e complicações)
 - 1.000.000 folders a serem distribuídos para as unidades básicas de saúde
 - 100.000 cartazes a serem distribuídos para as unidades básicas de saúde
 - Campanhas específicas para cada tipo de hepatite (A e E, B e delta e C) detalhando formas de contágio, prevenção e tratamento
- 15) Organização de oficina de capacitação de OSCIP's
 - Informação sobre a criação de OSCIP's
- 16) Organizar Fórum Nacional de Organizações da Sociedade Civil de Hepatites Virais
 - Criação de interface com as OSC's
 - Avaliação das ações desenvolvidas
 - Definição de estratégias de parceria
- 17) Elaboração do curso de capacitação de CTA's, Atenção Básica e Centros de Referência
 - Organização do curso e do material didático para formação de aconselhadores em hepatites virais (CTA's)
 - Criação do grupo de assessores em aconselhamento
 - Organização do curso e do material didático para capacitação em prevenção e diagnóstico das hepatites virais (Atenção Básica/PSF)
 - Criação do grupo de assessores em prevenção e diagnóstico das hepatites virais
 - Organização do curso e do material didático para capacitação no diagnóstico e tratamento das hepatites virais (Centros de Referência)
 - Criação do grupo de assessores no diagnóstico e tratamento das hepatites virais
- 18) Confeção do material didático para os cursos de capacitação
 - 1.000 manuais de treinamento para CTA
 - 30.000 manuais de treinamento para a Atenção Básica
 - 1.000 manuais de treinamento para Centros de Referência
 - 500 manuais de treinamento para instrutores
 - 100 kits de slides com 30 slides (três tipos diferentes)
- 19) Curso de formação de instrutores
 - Capacitação de 20 instrutores para ministrar o curso de CTA
 - Capacitação dos 30 pólos de capacitação da Atenção Básica (60 instrutores) para ministrar o curso da Atenção Básica
 - Capacitação de 20 instrutores para ministrar o curso de Centro de Referência
 - Realização de simpósio anual para educação continuada dos instrutores

- 20) Capacitação de CTA's, da Atenção Básica e de Centros de Referência
 - Capacitação de 400 aconselhadores (200 CTA's) para realizar aconselhamento pré e pós-teste, ações de prevenção e promoção da saúde
 - Capacitação de 6.000 equipes de Atenção Básica através dos pólos capacitadores
 - Capacitação de 100 médicos (50 novos Centros de Referência) para realizar diagnóstico e acompanhamento de pacientes com hepatites virais
- 21) Desenvolvimento e implantação de programa de redução de danos
 - Elaboração do projeto de capacitação em redução de danos
 - Capacitação de 200 voluntários em redução de danos
 - Desenvolvimento do kit para prevenção da transmissão do HCV através de cocaína inalada
 - Produção de 100.000 kits de prevenção de droga aspirada
- 22) Intensificação da campanha de vacinação contra hepatite B
 - Vacinação de 100% da população com menos de 20 anos até o final de 2003
 - Garantia da vacinação de 100% dos recém-nascidos nas primeiras 12 horas de vida
 - Avaliação a necessidade de extensão da vacinação contra hepatite B a faixas etárias maiores de 19 anos a partir de 2004
- 23) Vacinação de populações com risco acrescido para hepatite B
 - Vacinação de 600.000 pessoas com risco acrescido para hepatite B (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, pessoas presas, etc) contra hepatite B
- 24) Campanhas para públicos-alvo específicos (adolescentes, profissionais de saúde, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, usuários de drogas)
 - Desenvolvimento de cinco campanhas de esclarecimento e prevenção específicas para populações de risco acrescido
 - 1.000.000 de folders educativos (cinco modelos diferentes)
 - 100.000 cartazes educativos (cinco modelos diferentes)
- 25) Definição de novas estratégias de controle da hepatite A
 - Revisão das indicações do uso da vacina contra o HAV
 - Avaliação da utilização da vacina contra hepatite A no controle de surtos institucionais
- 26) Disponibilidade efetiva dos exames de biologia molecular para hepatite B e C
 - Definição de estratégia para a oferta efetiva dos exames de biologia molecular
 - Criação da Subrede de Laboratórios de Biologia Molecular para Hepatites Virais
- 27) Otimização do tratamento da hepatite B e C
 - Definição de estratégias de negociação com a indústria farmacêutica visando redução progressiva dos custos dos medicamentos
 - Avaliação da possibilidade de produção dos medicamentos pelos laboratórios oficiais
 - Elaboração e atualização do Consenso Brasileiro de Tratamento das Hepatites Virais
- 28) Elaboração e confecção do Manual do Programa Nacional de Hepatites Virais
 - Criação do Grupo Técnico de Consultores Externos
 - Elaboração do manual do PNHV
 - Confecção de 5.000 manuais do PNHV

Anexos

2. Número de exames sorológicos específicos solicitados/ mês:

2.1. **Hepatite A:**

- a) Anti-HAV: _____
 b) Anti-HAV IgM: _____

2.2. **Hepatite B:**

- a) HBsAg: _____
 b) Anti-HBs: _____
 c) Anti-HBc IgM: _____
 d) Anti-HBc IgG: _____
 e) Anti-HBc Total: _____
 f) HBeAg: _____
 g) Anti-HBe: _____

2.3. **Hepatite C:**

- a) Anti-HCV: _____

3. São realizados os exames de biologia molecular citados a seguir?

3.1. HBV-DNA (carga viral):

- não
 na própria instituição
 em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

3.2. HCV-RNA (qualitativo):

- não
 na própria instituição
 em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

3.3. Genotipagem do HCV:

- não
 na própria instituição
 em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

5. Tem acesso à biópsia hepática?

- não
 na própria instituição
 em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

6. Os pacientes em tratamento nesta unidade têm acesso ao transplante hepático?

- não
 na própria instituição
 em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

7. A unidade tem acesso a quais medicamentos (marcar todos pertinentes):

- Interferon
 Interferon peguilado
 Ribavirina
 Lamivudina
 nenhum

Responsável pelas informações: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO 2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS PÚBLICOS

Cadastro de Laboratórios para Assistência às Hepatites Virais

Unidade: _____
 CGC: _____ - Região: _____ - Estado: _____
 Endereço: _____

 Tel./Fax: _____ - E-mail: _____
 Contato: _____

I. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

1. Há quanto tempo iniciaram as atividades de assistência as hepatites? _____ anos.
2. Qual o número de turnos de funcionamento da Unidade? _____ (turnos de 6 horas/semana)
3. Número de profissionais trabalhando na unidade:
 - a) Médicos: Patologistas clínicos: _____ Anátomo-patologistas: _____
 - b) Bioquímicos/Farmacêuticos: _____
 - c) Outros profissionais de nível superior: _____
 - d) Técnico de laboratório: _____
 - e) Outros profissionais de nível técnico: _____
 - f) Profissionais do setor administrativo: _____

II. EXAMES

1. Número de exames sorológicos específicos solicitados/ mês:
 - 1.1. Hepatite A:
 - a) Anti-HAV total: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - b) Anti-HAV IgM: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - 1.2. Hepatite B:
 - a) HBsAg: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - b) Anti-HBs: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - c) Anti-HBc IgM: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - d) Anti-HBc IgG: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - e) Anti-HBc Total: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - f) HBeAg: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - g) Anti-HBe: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - 1.3. Hepatite C:
 - a) Anti-HCV: () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
 - b) Anti-HCV imunoblot () NÃO () SIM Número de exames/mês: _____
2. Qual o tempo médio para entrega dos resultados de exames sorológicos? _____
3. São realizados os exames de biologia molecular citados a seguir?
 - 3.1. DNA HBV (carga viral):
 - () não
 - () na própria instituição
 - () em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____
 - 3.2. HCV-RNA (qualitativo):
 - () não
 - () na própria instituição
 - () em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____
 - 3.3. Genotipagem do HCV:
 - () não
 - () na própria instituição
 - () em local referenciado. Qual? _____
 Fone/Fax: _____

Responsável pelas informações: _____
 Telefone contato: _____

ANEXO 3. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**Avaliação dos Serviços de Referência para Atendimento às Hepatites Virais**

Nome do serviço: _____

Cidade: _____

I. Numere de 1 a 5 as atividades citadas abaixo, de acordo com a dificuldade habitualmente encontrada para realização em seu serviço e cite o motivo que mais dificulta esta realização.

Atividade	Escore	Motivo que mais dificulta
a. Exames de sorologias para hepatites		
b. HCV-RNA (PCR qualitativo)		
c. Genotipagem do HCV		
d. Biópsia hepática		
e. Transplante hepático		
f. Disponibilidade de Interferon		
g. Disponibilidade de Ribavirina		

Grau de dificuldade: 1) impossível; 2) difícil; 3) razoável; 4) fácil; 5) muito fácil

II. Quantos dias são necessários, em seu serviço, para obter os resultados dos exames a seguir?

1. Exames sorológicos: _____ dias.	2. Genotipagem do HCV: _____ dias.
3. HCV-RNA (qualitativo): _____ dias.	4. Biópsia hepática: _____ dias.

III. Em relação à marcação de consultas e aos pacientes acompanhados em seu serviço:

Qual o tempo médio para marcação de primeira consulta? _____

Qual o tempo médio para marcação de retorno? _____

Aproximadamente quantos pacientes com HCV são acompanhados? _____

Aproximadamente qual é a % do genótipo 1? _____

Aproximadamente qual é a % dos pacientes que têm indicação de tratamento? _____

ANEXO 4. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE**Avaliação das SES em relação à Assistência às Hepatites Virais**

I. Numere de 1 a 5 as atividades citadas abaixo, de acordo com a dificuldade habitualmente encontrada para realização na SES, e cite o motivo que mais dificulta esta realização.

Atividade	Score	Motivo que mais dificulta
a. HCV-RNA (qualitativo)		
b. Genotipagem do HCV		
c. Disponibilidade de interferon convencional		
d. Disponibilidade de ribavirina		
Grau de dificuldade: 1) impossível; 2) difícil; 3) razoável; 4) fácil; 5) muito fácil		

II. Dos procedimentos descritos a seguir, quantos exames/mês em média são viabilizados pela SES?

1. Genotipagem do HCV: _____/mês

2. HCV-RNA (qualitativo): _____/mês

III. Em relação aos pacientes atualmente em tratamento pela SES

Quantos pacientes em tratamento com interferon convencional+ribavirina? _____

Quantos pacientes em tratamento com interferon peguilado+ribavirina? _____

IV. De acordo com a Portaria 263 MS/GM, de 05 de fevereiro de 2002, o estado possui:

1. Comitê de coordenação do Programa de Hepatites? () SIM () NÃO

2. Coordenador estadual do Programa de Hepatites? () SIM () NÃO

V. Caso o estado tenha o comitê de coordenação do Programa de Hepatites, ele possui representantes das seguintes instituições:

Vigilância epidemiológica? () SIM () NÃO

Vigilância sanitária? () SIM () NÃO

Farmácia? () SIM () NÃO

Assistência? () SIM () NÃO

VI. Existe rede estadual de laboratórios para hepatites? () SIM () NÃO

1. Com quantas unidades? _____

VII. Existe rede estadual de ambulatórios para hepatites? () SIM () NÃO

1. Com quantas unidades? _____

IX. Sugestões:

ISBN 85-334-0623-1



9 788533 406230

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

