

Guia para a **Eliminação**
das Hepatites Virais
no Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Guia para a **Eliminação** **das Hepatites Virais** no Brasil



Brasília – DF
2025

2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Hepatites Virais
SRTV, Quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hepatites-virais>
E-mail: hv@aids.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Coordenação:

Draurio Barreira Cravo Neto
Mario Peribañez Gonzalez

Organização:

Aline Almeida da Silva
Amanda Krummenauer
Ana Monica de Mello
Ana Paula Maciel Gurski
Ana Roberta Pati Pascom
Bruno de Jesus Daloy
Bruno Pinheiro dos Santos
Carla Francisca dos Santos Cruz
Carlos Alberto de Albuquerque Almeida Junior
Carolina Simone Souza Adania
Elton Carlos de Almeida
Isabela Ornelas Pereira
José Nilton Neris Gomes
Karen Cristine Tonini
Loraine Melissa Dal-Ri
Marcelo Ribeiro da Silva
Mario Peribanez Gonzalez
Nathalia da Silva Cruz
Nazle Mendonça Collaço Vêras
Paulo Roberto Abrão Ferreira
Rodrigo Fernandes Duarte
Rosana Pinho
Rosangela Teixeira
Salette Saionara Santos Barbosa
Sarah Yasmin Lucena Gomes
Tiago Benoliel Rocha
Wendel Alencar de Oliveira

Colaboração:

Adriana Regina Farias Pontes Lucena
Airles Ribeiro Fragoso
Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Álison Bigolin
Ana Cláudia Philippus
Antônio Jorge Silva Araújo
Ariane Tiago Bernardo de Matos;
Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Cássia Rebeca de Lima Souza
Cristiano Francisco da Silva
Ediane de Fátima Mance Burdinski
Fernanda Lopes Conte
Flavia Kelli Alvarenga Pinto
Gerson Fernando Mendes Pereira
Gilmará Lúcia dos Santos
Gilvane Casimiro da Silva
Herbert Charles Silva Barros
Igor Gonçalves Ribeiro
Lanusá Terezinha Gomes Ferreira
Leonardo Weissmann
Leonor Henriette de Lannoy
Lorena Brito Evangelista
Lucas Batista Tavares
Luiz Fernando Aires Júnior
Marcos Jonathan Lino dos Santos
Maria do Socorro Nantua Evangelista
Mateus Vinícius dos Anjos Neves
Mayara Nepomuceno Correa dos Santos
Pâmela Cristina Gaspar
Patrícia Ferreira Abreu
Paulo Roberto Lopes Corrêa
Raquel Silveira Bello Stucchi
Rayane Martins da Silva
Rogerio Luz Coelho Neto
Thamiris Oliveira da Silva
Victor da Silva Oliveira
Vinícius da Motta de Mello
Vinícius José da Silva Lôbo

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo

Diagramação:

Marcos Cleuton de Oliviera
Wilfred Dominique Ferreira Nunes

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI
Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Guia para a eliminação das hepatites virais no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 68 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_eliminacao_hepatites_virais_Brasil.pdf
ISBN 978-65-5993-851-3

1. Hepatite viral. 2. Hepatite. I. Título.

CDU 616.36-002(036)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0245

Título para indexação:

Guide to the Elimination of Viral Hepatitis in Brazil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagnóstico situacional das hepatites virais	30
Figura 2	Fluxo de atendimento às hepatites virais	35
Figura 3	Categorização da infecção por hepatites virais	37
Figura 4	Cascata de cuidado da hepatite B, 2024	43
Figura 5	Cascata de cuidado da hepatite C, 2024	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Indicadores epidemiológicos de incidência e prevalência das hepatites virais	16
Quadro 2	Indicadores epidemiológicos de mortalidade das hepatites virais	17
Quadro 3	Indicadores de impacto das hepatites B e C	19
Quadro 4	Indicadores de processo das hepatites B e C	20
Quadro 5	Orientações para o planejamento das ações de hepatites nos territórios	29
Quadro 6	Ações estratégicas para a qualificação da vigilância das hepatites virais	38

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ALT	Alanina aminotransferase
APS	Atenção Primária à Saúde
CGHV	Coordenação Geral de Vigilância das Hepatites Virais
CHC	Carcinoma hepatocelular
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Ciedds	Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente
CIR	Comissão Intergestores Regionais
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Crie	Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
Dathi	Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eMulti	Equipe Multiprofissional
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HAV	Vírus da hepatite A
HBV	Vírus da hepatite B
HCV	Vírus da hepatite C
HDV	Vírus da hepatite D
HEV	Vírus da hepatite E
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
LGBTQIAPN+	Gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transgênero, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, pessoas não binárias
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDI	Planos Diretores de Investimento
PDR	Planos Diretores de Regionalização

PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RVS	Resposta virológica sustentada
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
Sisloglab	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TGP	Transaminase glutâmico pirúvica
TRS	Terapia renal substitutiva

1	INTRODUÇÃO	8
2	HEPATITES VIRAIS	11
2.1	Etiologia e epidemiologia das hepatites virais	11
2.2	As hepatites virais como doenças de determinação social	12
3	ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO	14
3.1	Fundamentos e princípios do processo de eliminação	14
3.2	Indicadores epidemiológicos básicos	15
3.2.1	Incidência e prevalência	15
3.2.2	Mortalidade	16
3.2.3	Prevalência de HBsAg em crianças até 5 anos	17
3.2.4	Indicadores de diagnóstico e tratamento	17
3.2.5	Indicadores de prevenção	19
3.3	Metas para indicadores de impacto	19
3.4	Metas para indicadores de processo	20
4	REDE DE ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS	21
4.1	Fundamentos da abordagem nas Redes de Atenção à Saúde	21
4.2	Descentralização e compartilhamento do cuidado das pessoas com hepatites virais no âmbito da Atenção Primária à Saúde	21
4.3	Estratégias para populações prioritárias	24
5	ORIENTAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO NOS TERRITÓRIOS – MICROPLANEJAMENTO	28
5.1	Diagnóstico situacional – perfil epidemiológico	30
5.2	Sistemas de informação em saúde no diagnóstico situacional das hepatites virais	31
5.3	Perfil epidemiológico – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	33
5.4	Perfil epidemiológico – Vacinação	33
5.5	Mapeando o itinerário terapêutico e construindo fluxos	34
5.6	Como organizar as informações estratégicas	36
5.6.1	Infecção aguda	37
5.6.2	Infecção crônica	37
5.6.3	Complicações hepáticas	37
5.6.4	Cura	38

6	CASCATA DE CUIDADO PARA AS PESSOAS COM HEPATITES VIRAIS	39
6.1	Orientações específicas para a hepatite B	40
6.2	Orientações específicas para a hepatite C	41
6.3	Sumário das recomendações	42
7	ELABORAÇÃO DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS NO TERRITÓRIO	44
7.1	Elementos do Plano de Eliminação das Hepatites Virais	44
7.2	Pactuação	45
7.3	Operacionalização e monitoramento/avaliação	45
8	RESPONSABILIDADES E ARTICULAÇÕES	48
8.1	Atuação de gestores(as) nas esferas de governo	48
8.2	Processo de pactuação	49
8.3	Processo de operacionalização	49
9	SELO DE BOAS PRÁTICAS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	55
	Apêndice A – Eixos norteadores da Estratégia de Eliminação	55
	Apêndice B – A utilização da matriz FOFA para realizar o diagnóstico situacional das hepatites virais nos serviços de saúde	60
	Apêndice C – A metodologia 5W2H como ferramenta para auxiliar na elaboração do Plano de Eliminação das Hepatites Virais no território	62
	Apêndice D – Planilha com atribuições das esferas de governo	63

1

INTRODUÇÃO

Estima-se que, em 2022, cerca de 254 milhões de pessoas estavam infectadas por hepatite B e 50 milhões por hepatite C globalmente, o que resultou em 1,34 milhão de mortes por essas doenças – principalmente, por cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC) –, e que, até 2040, a mortalidade global pelas hepatites B e C pode se tornar maior que as mortalidades por tuberculose, HIV, aids e malária somadas (WHO, 2017, 2024b). Nesse contexto, as hepatites virais representam um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), o que requer oferta de cuidado integral para ampliar o acesso à prevenção, ao rastreamento, ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das pessoas com hepatites virais (Brasil, 2018). Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Estratégia para Hepatites Virais do Setor de Saúde Global (GHHS), com o propósito de eliminar a transmissão global das hepatites virais, além de garantir acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e a tratamentos seguros, efetivos e financeiramente sustentáveis para todas as pessoas. Essa estratégia contém orientações para os países sobre como elaborar metas de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 (WHO, 2016).

Em seguida, em 2021, a OMS lançou um guia interino de apoio aos países com o objetivo de validar a eliminação das hepatites virais, priorizando as hepatites crônicas B e C (WHO, 2021).

Cabe ressaltar que a construção das metas de eliminação das hepatites B e C foi fundamentada por evidências científicas e revisões da literatura, e a factibilidade da proposta é sustentada por pesquisa conduzida pela OMS em 28 países, incluindo o Brasil (WHO, 2022). Adicionalmente, em 2023, foi publicada a segunda versão do Guia de Validação para a Eliminação das Hepatites Virais e o Caminho para a Eliminação (WHO, 2023), que trata das orientações sobre os selos de validação subnacional e da flexibilização das metas de impacto das hepatites virais.

No Brasil, a proposta do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, que se insere no escopo do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), instituído pelo Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023 e atualizado pelo Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024, apresenta uma série de diretrizes e objetivos voltados à eliminação dessas doenças. Esse programa transforma o trabalho de 14 ministérios, de representantes de movimentos sociais e organizações da sociedade civil e de outros parceiros estratégicos – assim como das contribuições oriundas de consulta pública – no compromisso político de construir um futuro mais saudável e justo para milhares de famílias em todo o país (Brasil, 2024, 2025).

Alinhada ao projeto da OMS e ao Programa Brasil Saudável, e visando contribuir para os avanços de eliminação das hepatites no Brasil, a Coordenação-Geral de Vigilância das Hepatites Virais (CGHV) do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS), promoveu, em julho de 2023, o I Seminário "Diálogo para Eliminação das Hepatites B e C", com a participação de sociedades científicas e representantes da sociedade civil e política, dando início à construção de um Guia para a Eliminação das Hepatites Virais no Brasil.

Durante o Seminário, houve a formação de um grupo de trabalho contando com representações da sociedade civil organizada, das sociedades acadêmicas, das coordenações estaduais e municipais de hepatites virais, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), das secretarias do MS e de outras pastas ministeriais, visando discutir a formulação de estratégias e ações para a eliminação, posteriormente apresentadas durante as atividades do "Julho Amarelo 2024" e submetidas à consulta pública.

Assim, espera-se que este Guia, construído com ampla participação de diversos atores nacionais, seja um instrumento norteador no processo da eliminação

das hepatites virais no país, que poderá auxiliar gestores(as) e profissionais de saúde na aplicação das ferramentas disponíveis no SUS, de forma organizada e sinérgica, para atingir metas de eliminação factíveis e pactuadas nos três níveis de gestão governamental, considerando as particularidades epidemiológicas, sociais e geográficas de cada região do Brasil.

2

HEPATITES VIRAIS

2.1 Etiologia e epidemiologia das hepatites virais

O termo hepatite significa inflamação aguda ou crônica do fígado, independentemente da etiologia. Os fatores que causam as hepatites são diversos, como infecções virais, consumo excessivo de álcool, síndrome metabólica, doenças autoimunes ou uso de certos medicamentos e substâncias hepatotóxicas, entre outros. Os principais vírus causadores da hepatite, denominados hepatotrópicos, são os vírus das hepatites A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV) (Brasil, 2018; Sousa *et al.*, 2020; WHO, 2024a).

O HAV e o HEV são transmitidos principalmente por meio de alimentos ou água contaminados, via conhecida como fecal-oral, e mais raramente pela via sanguínea. Ressalta-se o aumento do número de casos de HAV por meio de práticas sexuais que viabilizam o contato fecal-oral. Por sua vez, o HBV, o HCV e o HDV são transmitidos pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de materiais perfurocortantes contaminados, ou por meio de práticas sexuais desprotegidas (Brasil, 2018; Sousa *et al.*, 2020; WHO, 2024a). Vale destacar que as infecções causadas pelo HAV e/ou pelo HEV são agudas e autolimitadas, embora atualmente se reconheça a cronificação da infecção pelo HEV, que pode estar associada a genótipos virais específicos e/ou à vigência de condições de imunossupressão. Por sua vez, as infecções causadas pelo HBV, pelo HCV e pelo HDV são, frequentemente, infecções de evolução crônica, podendo levar o indivíduo à cirrose e ao câncer, constituindo, portanto, ameaça significativa à saúde global. O HDV é considerado um vírus defectivo, visto que infecta apenas pessoas com infecção pelo HBV, seja de forma concomitante ou superposta (Brasil, 2018; Sousa *et al.*, 2020; WHO, 2024a).

Em relação aos dados epidemiológicos das hepatites virais B e C no Brasil, estimativas apontaram que, em 2019, havia 1,1 milhão de pessoas vivendo cronicamente infectadas pelo HBV no país e, em 2023, após atualização, 510.000 cronicamente infectadas pelo HCV, correspondendo a prevalências nacionais de 0,52% e 0,24%, respectivamente (Benzaken *et al.*, 2019; Gonzalez *et al.*, 2023). Em 2023, havia 41.000 pessoas em tratamento para hepatite B e, de 2015 a 2023, mais de 180.000 indivíduos foram tratados para hepatite C (Boletim Epidemiológico, 2024).

No Brasil, o acesso ao diagnóstico é um dos principais desafios para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública. De 2000 a 2023, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 289.029 casos de hepatite B e 318.916 de hepatite C (Boletim Epidemiológico, 2024). Entretanto, muitas pessoas seguem infectadas por esses vírus sem a realização do diagnóstico.

Esses dados epidemiológicos apontam a necessidade da implementação de estratégias de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública, priorizando a eliminação das hepatites B e C.

2.2 As hepatites virais como doenças de determinação social

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores diversos, incluindo aspectos sociais, culturais, ambientais, políticos e econômicos, que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, grupos sociais, populações e territórios. Esses determinantes englobam condições como moradia, educação, emprego, renda, acesso a serviços de saúde e saneamento básico, entre outros, e são fundamentais para entender as desigualdades em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Machado *et al.*, 2023).

Os baixos níveis educacionais, a pobreza, a falta de saneamento, o acesso limitado a informações e a ausência de cuidados em saúde são fatores que podem aumentar a vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento por hepatites virais. Dentre as populações prioritárias das ações de prevenção e testagem para hepatites B e C estão pessoas que estão ou estiveram privadas de liberdade, pessoas que usam ou usaram drogas ilícitas em algum momento, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, pessoas LGBTQIAPN+, pessoas vivendo com HIV e/ou aids, pessoas em uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV, praticantes de sexo com o uso de substâncias químicas (*chemsex*) e pessoas em diálise. Na região da Amazônia Legal, tanto as pessoas nascidas nesse território quanto seus(suas) filhos(as) devem ser priorizados(as) para testagem de hepatites B e D (Delta).

Mulheres em idade fértil, pessoas que gestam, populações indígenas, ribeirinhos, quilombolas, profissionais da saúde e da segurança pública que se expõem a material biológico (sangue e secreções) também devem ser considerados(as) prioritários(as) para prevenção e rastreio.

Além disso, a baixa difusão de educação em ciência e saúde, o estigma e a discriminação em relação à doença e as barreiras de acesso aos serviços de saúde dificultam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das hepatites B e C. Esses fatores podem contribuir para uma frequência desproporcional dessas doenças em comunidades de maior vulnerabilidade, aumentando as desigualdades sociais existentes.

A criação de estratégias efetivas para a eliminação das hepatites B e C nessas comunidades requer um entendimento detalhado das dinâmicas de cada uma. Tal compreensão apoiará a elaboração de estratégias bem planejadas para a realização de testes direcionados, diagnóstico antecipado, identificação de indivíduos infectados, incentivo à imunização e prevenção da propagação dessas infecções de maneira vertical e/ou horizontal.

Para alcançar a eliminação das hepatites virais, é fundamental que os serviços de saúde possam ofertar o cuidado centrado nas pessoas e em suas comunidades, fortalecendo a assistência integral. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como espaço estratégico para o compartilhamento do cuidado às pessoas com hepatites virais, com a possibilidade de receber apoio via matriciamento pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE), bem como pela Equipe Multiprofissional (eMulti).

3

ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO

3.1 Fundamentos e princípios do processo de eliminação

Levando em conta as evidências e as tecnologias atualmente disponíveis no SUS, pode-se afirmar que a eliminação das hepatites virais é uma meta tecnicamente alcançável. A imunização universal contra a hepatite B é uma ferramenta crucial para evitar a infecção. Os tratamentos atuais para hepatite C apresentam uma taxa de cura média de 95%, e os testes rápidos possibilitam uma ampla cobertura de triagem e diagnóstico. O diagnóstico precoce, o controle da viremia da hepatite B e a cura virológica da hepatite C com o tratamento podem influenciar na redução da transmissão das hepatites B e C. Todas essas tecnologias são disponibilizadas pelo SUS, o que viabiliza a elaboração de planejamento adequado com estratégias assertivas para alcançar a eliminação das hepatites virais no Brasil até 2030.

A estratégia de eliminação para o período 2025-2030 está fundamentada em cinco princípios:

1. Garantir o acesso à RAS, oferecendo o cuidado centrado no indivíduo, de forma que as necessidades das diversas populações e grupos sejam observadas, respeitadas e atendidas.
2. Promover a integralidade do cuidado, considerando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, fortalecendo a gestão, o financiamento, a força de trabalho, a pesquisa e as tecnologias em saúde.
3. Coletar, analisar e utilizar informações estratégicas para monitorar e avaliar o progresso das estratégias de eliminação e guiar as ações necessárias de forma transparente e responsável.
4. Engajar a sociedade civil, principalmente as pessoas que atuam junto às populações de maior vulnerabilidade, empoderando-as e reconhecendo

seu papel central no processo de construção e implementação de políticas públicas que respeitem suas particularidades, combatendo estigmas, discriminação e outras barreiras sociais estruturais.

5. Fomentar inovações, estimulando parcerias em nível regional, nacional e global para promoção de pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias e modelos de serviço.

3.2 Indicadores epidemiológicos básicos

O monitoramento eficaz das estratégias de eliminação das hepatites virais depende da capacidade do sistema de saúde de coletar dados confiáveis em todas as etapas do processo de cuidado. A estratégia de eliminação das hepatites virais pode ser compreendida e construída a partir de dois objetivos básicos: aumentar a sobrevida e a qualidade de vida das pessoas com hepatites crônicas B e/ou C, e impedir que novas pessoas se infectem pelo HBV e/ou HCV. Esses objetivos representam a base de qualquer processo de eliminação e, portanto, os eixos estratégicos descritos neste capítulo e todas as ações propostas atuam nesse sentido.

Os conceitos epidemiológicos a seguir representam os indicadores básicos para avaliar a eficácia geral dos planos de eliminação nos territórios. A maioria das metas estabelecidas para a certificação da eliminação será avaliada por meio dos indicadores de incidência e prevalência, prevalência de HBsAg em crianças de até 5 anos, diagnóstico, tratamento e prevenção, além da mortalidade.

3.2.1 Incidência e prevalência

A incidência é a medida da ocorrência de casos novos de uma doença em determinada população, em um determinado período. O grande obstáculo para sua mensuração é o fato de que ela constitui uma medida dinâmica. Assim, para a identificação de um caso novo ou incidente, é necessário que a pessoa seja vista em pelo menos dois momentos, antes e depois de desenvolver a infecção.

No caso das hepatites B e C, dadas as características dessas doenças, o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais utiliza como indicador a taxa de detecção.

A prevalência é o número total de casos de uma doença em um determinado local e período. Com o objetivo de facilitar as análises no território, apresenta-se a seguir a tabela de indicadores do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais (Boletim Epidemiológico, 2024).

Quadro 1 – Indicadores epidemiológicos de incidência e prevalência das hepatites virais

INDICADORES	FORMA DE CÁLCULO		UTILIDADE(S)	FONTE(S)
Coefficiente de incidência de hepatite A	$\frac{\text{Número de casos novos de hepatite A em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{População total no mesmo ano, residente no mesmo local}}$	x 100.000	Medir a ocorrência de casos novos de hepatite A na população geral	Sinan/ SVSA/MS, IBGE
Taxa de detecção de hepatite B	$\frac{\text{Número de casos confirmados de hepatite B em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{População total no mesmo ano, residente no mesmo local}}$	x 100.000	Medir a ocorrência de casos confirmados de hepatite B na população geral	Sinan/ SVSA/MS, IBGE
Taxa de detecção de hepatite B em pessoas que gestam	$\frac{\text{Número de casos confirmados de hepatite B em pessoas que gestam em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo ano, no mesmo local}}$	x 1.000	Medir a ocorrência de casos confirmados de hepatite B em pessoas que gestam	Sinan e Sinasc/ SVSA/MS
Percentual de coinfeção de hepatite B com HIV	$\frac{\text{Número de casos confirmados de hepatite B coinfectados com HIV em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número total de casos confirmados de hepatite B no mesmo ano, no mesmo local}}$	x 100	Medir a ocorrência de casos de hepatite B coinfectados com HIV	Sinan/ SVSA/MS, IBGE
Taxa de detecção de hepatite C	$\frac{\text{Número de casos confirmados de hepatite C em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{População total no mesmo ano, residente no mesmo local}}$	x 100.000	Medir a ocorrência de casos confirmados de hepatite C na população geral	Sinan/ SVSA/MS, IBGE
Percentual de coinfeção de hepatite C com HIV	$\frac{\text{Número de casos confirmados de hepatite C coinfectados com HIV em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número total de casos confirmados de hepatite C no mesmo ano, no mesmo local}}$	x 100	Medir a ocorrência de casos de hepatite C coinfectados com HIV	Sinan/ SVSA/MS, IBGE

Fonte: Boletim Epidemiológico (2024).

Legenda: Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SVSA - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; MS - Ministério da Saúde; IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Sinasc - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

3.2.2 Mortalidade

Os indicadores de mortalidade são amplamente utilizados para estimar o impacto de uma doença na qualidade de vida das pessoas. As informações sobre a mortalidade estão disponíveis por meio dos registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) com os indicadores disponíveis no Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais (Boletim Epidemiológico, 2024).

Quadro 2 – Indicadores epidemiológicos de mortalidade das hepatites virais

INDICADORES	FORMA DE CÁLCULO	UTILIDADE(S)	FONTE(S)	
Coeficiente de mortalidade por hepatite A	$\frac{\text{Número de óbitos por hepatite A (causa básica) em determinado ano e local de residência}}{\text{População de residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 100.000	Medir o risco de óbitos em consequência de hepatite A na população geral	SIM/SVSA/MS, IBGE
Coeficiente de mortalidade por hepatite B	$\frac{\text{Número de óbitos por hepatite B (causa básica) em determinado ano e local de residência}}{\text{População de residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 100.000	Medir o risco de óbitos em consequência de hepatite B na população geral	SIM/SVSA/MS, IBGE
Coeficiente de mortalidade por hepatite C	$\frac{\text{Número de óbitos por hepatite C (causa básica) em determinado ano e local de residência}}{\text{População de residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 100.000	Medir o risco de óbitos em consequência de hepatite C na população geral	SIM/SVSA/MS, IBGE

Fonte: Boletim Epidemiológico (2024).

Legenda: SIM = Sistema de Informação sobre Mortalidade; SVSA = Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; MS = Ministério da Saúde; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

3.2.3 Prevalência de HBsAg em crianças até 5 anos

A prevalência de HBsAg (antígeno de superfície do HBV) em crianças de até 5 anos é considerada um dos principais indicadores de impacto para a eliminação da hepatite B e, devido às características específicas dessa infecção, reflete de maneira significativa a incidência de modo geral.

A infecção pelo HBV pode ser verificada de forma simples a partir da aplicação de testes rápidos, que identificam a presença de HBsAg. Após essa identificação, recomenda-se realizar a carga viral do HBV. Assim, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as crianças, e, para as expostas ao HBV, também a administração de imunoglobulina. A incidência, a mortalidade e a prevalência de HBsAg em crianças representam os principais indicadores de impacto para a eliminação da doença, enquanto as proporções de pessoas diagnosticadas e tratadas estão entre seus principais indicadores de processo.

3.2.4 Indicadores de diagnóstico e tratamento

A compreensão dos principais métodos diagnósticos das hepatites B e C é fundamental para saber que tipos de informações podem ser coletadas e analisadas a partir da identificação de novos casos na população. Além disso, conhecer os testes diagnósticos utilizados no âmbito do SUS também facilita o entendimento das definições de caso dessas doenças para fins de vigilância epidemiológica. Mais informações podem ser consultadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes

Terapêuticas (PCDT) de Hepatites B e C e Coinfecções (<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>) e no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (Brasil, 2018) (<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>), do Ministério da Saúde.

A fim de determinar a proporção de indivíduos diagnosticados com essas infecções, é preciso estimar a prevalência de pessoas com hepatites em uma área específica. As ações de testagem podem ser estruturadas para incluir amostras estatisticamente relevantes de determinadas populações, o que garante que os dados obtidos possam ser analisados com segurança. Por essa razão, torna-se essencial ter acesso ao número de indivíduos testados, o que pode até mesmo apontar para grupos populacionais com maior prevalência, auxiliando na identificação de populações mais vulneráveis.

Entretanto, no que se refere ao tratamento, existe uma diferença importante entre as hepatites B e C. Conforme as diretrizes vigentes, nem todas as pessoas diagnosticadas com hepatite B possuem indicação formal para início do tratamento. Por esse motivo, ao calcular a proporção de indivíduos em tratamento, é fundamental considerar como denominador apenas aqueles que, de fato, atendem aos critérios clínicos e laboratoriais para tratamento, e não o total de casos diagnosticados. De acordo com a literatura científica, estima-se que aproximadamente 50% dos indivíduos diagnosticados com hepatite B apresentam indicação para tratamento específico (Mendizabal *et al.*, 2025). Além disso, como a maioria das pessoas com hepatite B faz uso de medicamentos por muitos anos (eventualmente, por toda a vida), essa proporção de indivíduos tratados apresenta característica cumulativa, uma vez que cada novo tratamento instituído se soma ao número de tratamentos já em andamento (de forma similar ao que ocorre com a infecção pelo HIV).

A hepatite C apresenta uma dinâmica diferente de tratamento, visto que todos os indivíduos infectados têm indicação da terapêutica. Por essa razão, o denominador utilizado para a proporção de pessoas tratadas deve ser o total de pessoas diagnosticadas. Além disso, os tratamentos contra o HCV são de curta duração (três a seis meses) e mais de 95% dos indivíduos alcançam a resposta virológica sustentada (RVS) ou a cura da infecção com os esquemas de antivirais de ação direta disponíveis no SUS. Entretanto, trata-se de uma doença que não confere imunidade, o que possibilita que uma pessoa curada volte a se infectar, representando novamente um caso incidente, que deve ser retratado.

Por essas diferenças nos tratamentos das hepatites B e C, a análise das séries históricas dos indicadores de tratamento apresenta tendências diferentes. Enquanto a hepatite B normalmente possui indicadores de tratamento com tendência mais

linear e crescente, já que os tratamentos se dão por tempo indeterminado, os indicadores da hepatite C podem apresentar tendências inconstantes, refletindo o acesso a tratamentos a cada ano ou em tempos específicos.

3.2.5 Indicadores de prevenção

Além dos indicadores de diagnóstico e tratamento, os indicadores de prevenção representam parâmetros importantes no processo de eliminação das hepatites virais. De forma geral, devem ser usados os indicadores de redução de danos para pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou drogas ilícitas, compartilham materiais perfurocortantes e de biossegurança em unidades hospitalares e odontológicas, salões de beleza e manicure, clínicas de estética e estúdios onde são realizadas tatuagens e inserção de piercing, além de pessoas que trabalham em serviços de hemodiálise. Também se devem fornecer orientações acerca do risco de procedimentos invasivos realizados fora de ambientes seguros, entre outros.

No caso específico da hepatite B, o indicador mais importante para a avaliação da eficiência das medidas de prevenção é a cobertura vacinal em crianças ao nascer e até 1 ano de idade. A meta de cobertura vacinal proposta pela OMS é igual ou superior a 90%; todavia, no Brasil, a meta estabelecida tanto para a vacina de hepatite B ao nascer quanto para a vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b e hepatite B) em crianças menores de 1 ano é de 95% (WHO, 2023).

3.3 Metas para indicadores de impacto

Os principais indicadores de impacto utilizados para a avaliação das estratégias de eliminação de hepatites virais são: a) taxa de incidência anual das hepatites B e C; b) mortalidade anual por hepatites B e C; e c) prevalência de hepatite B em crianças de até 5 anos. A seguir estão citadas as metas propostas para esses indicadores até 2030.

Quadro 3 – Indicadores de impacto das hepatites B e C

	INCIDÊNCIA	MORTALIDADE	PREVALÊNCIA EM CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS
Hepatite B	≤ 2 novos casos por 100.000 habitantes	≤ 6 óbitos por hepatites B e C por 100.000 habitantes	≤ 1,0% caso por 1.000 crianças de 0 a 5 anos
Hepatite C	≤ 5 novos casos por 100.000 habitantes		N/A

Fonte: Dathi/SVSA/MS.
Legenda: N/A: não se aplica.

No caso da hepatite B, a meta de prevalência em crianças de até 5 anos pode ser utilizada como substituta da meta absoluta de incidência, com o mesmo significado.

3.4 Metas para indicadores de processo

Os indicadores de processo propostos para a avaliação das estratégias de eliminação e da eficiência dos programas de hepatites são: a) proporção anual de pessoas diagnosticadas entre aquelas que vivem com hepatite B ou C; b) proporção anual de pessoas tratadas entre aquelas com indicação de tratamento; c) cobertura vacinal de hepatite B; e d) ocorrência de infecção relacionada ao cuidado em saúde ou a acidente com material biológico.

A seguir apresentam-se as metas propostas para esses indicadores até 2030.

Quadro 4 – Indicadores de processo das hepatites B e C

	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	PREVENÇÃO
Hepatite B	≥ 90% das pessoas com hepatite B ou C diagnosticadas	≥ 80% das pessoas diagnosticadas e com indicação de tratar estão em tratamento	<p>Ampliar em pelo menos 50% o uso de tenofovir para pessoas que gestam com HBsAg +</p> <p>≥ 95% de cobertura vacinal em crianças até 30 dias após o nascimento e cobertura de 3ª dose de vacina pentavalente em menores de 1 ano</p> <p>Nenhum registro de transmissão relacionada ao cuidado em saúde ou a exposição a material biológico</p>
Hepatite C		≥ 80% das pessoas diagnosticadas tratadas	Nenhum registro de transmissão relacionada ao cuidado em saúde ou a exposição a material biológico

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Para assegurar que esses indicadores de processo reflitam mais realisticamente um estado de eliminação, recomenda-se que essas metas sejam atingidas e mantidas por pelo menos dois anos.

4

REDE DE ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS

4.1 Fundamentos da abordagem nas Redes de Atenção à Saúde

Define-se a Rede de Atenção à Saúde como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010, p. 89).

A abordagem coordenada por meio da RAS pode aprimorar significativamente a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento de usuários(as) com hepatites virais. Entender a estrutura das RAS é essencial para desenvolver estratégias voltadas a ampliar e aprimorar o acesso aos serviços de saúde, com foco nas linhas de cuidado que atendam às necessidades específicas dos(as) usuários(as), levando em consideração o contexto local e os recursos disponíveis em cada região, assegurando o cuidado contínuo e integrado.

4.2 Descentralização e compartilhamento do cuidado das pessoas com hepatites virais no âmbito da Atenção Primária à Saúde

A APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, tem suas ações capilarizadas por estar mais próxima da população pertencente ao seu território adscrito, representando uma das principais estratégias de ampliação de ações voltadas à eliminação das hepatites virais. No cenário atual, muitos territórios ainda concentram o acompanhamento dos(as) usuários(as) nos SAE, o que frequentemente sobrecarrega esses serviços e gera demandas reprimidas de

diagnóstico e tratamento, pela dificuldade de acesso das pessoas que vivem em áreas remotas ou isoladas, ou que estão sujeitas a determinantes sociais (pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade ou populações estigmatizadas).

Para otimizar a oferta de serviços de enfrentamento às hepatites virais mais equitativos na RAS, o Ministério da Saúde disponibiliza os testes diagnósticos e o tratamento das hepatites virais também na APS. Nessa conjuntura, foi publicada a Nota Técnica nº 369/2020, realizada em parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que orienta sobre a atuação do(a) profissional enfermeiro(a) para a ampliação estratégica do acesso da população brasileira ao diagnóstico das hepatites B e C e o encaminhamento de casos confirmados para o tratamento, visando a redução de barreiras de acesso das pessoas com hepatites e, conseqüentemente, a aceleração e a oportunização de diagnóstico e tratamento (Brasil, 2020).

O item 3.1.2 da referida nota dispõe sobre a possibilidade de o(a) profissional enfermeiro(a) realizar, além de ações educativas, também a execução dos testes rápidos das hepatites virais, a solicitação de exames complementares para a confirmação diagnóstica e definição do nível de atenção para a abordagem do(a) usuário(a) na atenção primária ou no serviço especializado, de acordo com as disposições dos PCDTs de Hepatites B e C e Coinfecções (Brasil, 2020).

Salienta-se que a equipe multiprofissional é fundamental no processo de busca ativa de pessoas que necessitam ser vinculadas novamente ao serviço de saúde.

Esse respaldo legal, garantido pelo conselho profissional de classe, o Cofen, representa um avanço importante para acelerar o acesso das pessoas ao diagnóstico e ao tratamento das hepatites virais. Essa iniciativa, além de instituir a possibilidade de tratamento das hepatites virais na APS, conforme os PCDTs vigentes, caracteriza uma proposta de intervenção diagnóstica e terapêutica integrada à linha de cuidado.

Para a efetiva descentralização do cuidado das hepatites virais, outrora centrado no(a) médico(a) especialista, em ambulatórios especializados e no SAE, é necessário construir a linha de cuidado de acordo com especificidades que, eventualmente, podem demandar alguma reestruturação da RAS, com foco no contexto assistencial, que considera de grande importância o acompanhamento da pessoa durante e após o tratamento, sempre que possível, na APS. Nesse contexto, o estabelecimento de estratégias que tenham em vista a continuidade do cuidado deverá contribuir para a sistematização do processo de descentralização e compartilhamento do cuidado das pessoas com hepatites virais no âmbito da APS.

Considerando essa organização dos serviços, sugerimos que se avalie a situação de cada território com apoio nas seguintes perguntas:

- Quais tipos de unidades de saúde estão disponíveis no seu município?
- Quais testes rápidos estão disponíveis nas unidades de saúde do seu município?
- A testagem rápida é realizada todos os dias, durante todo o período de funcionamento da(s) unidade(s)? Caso não seja diária, em quais dias e turnos ocorre?
- Há sala de vacina nas unidades de saúde do seu município?
- As vacinas de hepatites A e B estão disponíveis na unidade de saúde do seu município?
- Qual o encaminhamento para os(as) usuários(as) SUS com HBsAg e/ou anti-HCV reagentes (em testes rápidos ou laboratoriais)?
- Como funciona o fluxo para solicitação de exames laboratoriais confirmatórios e de monitoramento dos(as) usuários(as) SUS diagnosticados(as)?
- Existem pontos de coleta de material biológico para realização de testes confirmatórios de infecção pelo vírus B (HBV-DNA ou anti-HBc total) e C (HCV-RNA) no seu município? Caso não haja pontos de coleta no município, para onde são encaminhados os casos com testes rápidos reagentes para hepatite B (HBsAg) e/ou C (anti-HCV)?
- O exame de carga viral é realizado no seu município? Caso não seja, como é o encaminhamento dos casos reagentes para HBsAg e/ou anti-HCV?
- Qual a conduta em relação aos comunicantes dos(as) usuários(as) SUS diagnosticados(as) com hepatite B e/ou C?
- Os(as) usuários(as) SUS com hepatite B e/ou C são acompanhados(as) na APS do seu município? Em caso negativo, para onde são encaminhados(as)?
- O seu município realiza dispensação dos medicamentos para o tratamento das hepatites B e/ou C? Caso não realize, como e para onde são encaminhados os(as) usuários(as) SUS que necessitam de tratamento?
- Existe demanda reprimida no seu município para diagnóstico e tratamento de pessoas com hepatite B e/ou C?

- Quais são as dificuldades presentes para o cuidado dos(as) usuários(as) SUS com hepatites virais no seu município?
- Quais são as potencialidades presentes para o cuidado dos(as) usuários(as) SUS com hepatites virais no seu município?
- Como se dá a referência e a contrarreferência de casos mais graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular, ou que necessitem de transplante de fígado?

4.3 Estratégias para populações prioritárias

As hepatites virais atingem as pessoas de maneira diferenciada, sendo que alguns segmentos têm maior risco de adquiri-las e, por isso, são populações prioritárias para a RAS. O atendimento dessas pessoas deve ser pautado no acolhimento, no respeito às diversidades e especificidades de cada segmento, na compreensão das demandas de saúde de cada indivíduo, sempre sob a perspectiva dos direitos humanos.

Segue uma relação detalhada das populações prioritárias, definidas em âmbito nacional, para ações de prevenção e testagem das hepatites virais:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens.
- Pessoas com histórico de infecção sexualmente transmissível (IST).
- População em situação de rua.
- Pessoas que fazem uso de drogas injetáveis, inaláveis ou fumadas.
- Alcoolistas.
- Pessoas privadas de liberdade.
- Pessoas que compartilham ou compartilharam objetos perfurocortantes (lâminas, material de manicure, seringas, agulhas, entre outros).
- Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993.
- Pessoas em terapia renal substitutiva (TRS).
- Pessoas que tiveram contato íntimo ou familiar com pessoa com histórico de hepatite C, inclusive nascidas de mães infectadas pelo HCV.
- Pessoas submetidas a procedimentos invasivos (cirurgias, tatuagens, colocação de piercing, procedimentos odontológicos, entre outros) sem os procedimentos de biossegurança adequados.

- Pessoas transexuais e travestis.
- Pessoas vivendo com HIV e/ou aids.
- Profissionais do sexo.
- Pessoas que receberam transplante de órgãos, tecidos e células em qualquer época.
- Pessoas acima de 20 anos de idade que não realizaram esquema completo de vacinação para hepatite B, ou sem documento que comprove.
- Pessoas de qualquer idade que tiveram contato íntimo ou familiar com pessoa com histórico de hepatite B.
- Pessoas oriundas da Região Amazônica.
- Profissionais de saúde.
- População indígena, ribeirinhos e quilombolas.

Pode-se encontrar um maior detalhamento sobre essas populações na [linha de cuidado de hepatites B e C em adultos](#). Cabe ressaltar que todas as pessoas, em todos os níveis de atenção à saúde, devem ter acesso universal às ações de prevenção das hepatites B e C. Não obstante, é imprescindível que cada território reconheça quais são as suas populações prioritárias, com base na identificação de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, e que os serviços de saúde se organizem como locais de acolhimento a essas pessoas. Os(as) profissionais de saúde também devem eliminar a reprodução de estigmas e preconceitos quando de sua interação com os(as) usuários(as) e as demais pessoas no local de trabalho.

Adicionalmente, é importante ressaltar o conceito de testagem focalizada, que consiste na estratégia de testar as pessoas para uma infecção, no caso as hepatites B e C, com esforços direcionados a grupos populacionais específicos, ou populações prioritárias, que apresentam maior risco de infecção, além de avaliar a importância de também realizar os testes rápidos para HIV e sífilis.

No caso das populações prioritárias, deve-se otimizar a testagem focalizada para a detecção precoce, o tratamento em tempo hábil e o controle dessas infecções em populações que enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde ou apresentam maior prevalência de infecção. Essa abordagem permite alocação mais eficiente de recursos e contribui para intervenções direcionadas, a fim de reduzir a transmissão da doença em grupos vulneráveis da população.

No que tange à oferta de testagem, é fundamental que esses grupos tenham acesso às orientações pré e pós-teste, respeitando a autonomia dos indivíduos, reafirmando o caráter confidencial dos resultados e reforçando as práticas preventivas e as estratégias de redução de danos.

Também se destaca a necessidade de trabalhar estratégias de eliminação de estigma e discriminação nas unidades da APS, visando incluir populações específicas que, historicamente, costumam acessar somente os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e serviços especializados, como pessoas em situação de rua, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do sexo, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras.

Para avaliar as estratégias voltadas às populações vulnerabilizadas, sugerimos as seguintes perguntas:

- Quais populações prioritárias para realização de ações de rastreio, prevenção, diagnóstico e tratamento para hepatites B e C fazem parte do território/município sob sua responsabilidade?
- Existem linhas de cuidado específicas para as populações vulnerabilizadas às hepatites virais em seu território?
- Existem linhas de cuidado específicas para as populações de difícil acesso em seu território?
- Existem fluxos para coleta de material biológico para realização de testes confirmatórios de infecção pelo vírus B (HBV-DNA ou anti-HBc) e C (HCV-RNA) para populações de difícil acesso no município em que você atua? Caso não haja pontos de coleta no município, para onde são encaminhados os casos com testes rápidos reagentes para hepatite B (HBsAg) e/ou C (anti-HCV)?
- Existem unidades móveis de atendimento (barcos, automóveis e/ou aeronaves) que possam chegar até as populações de difícil acesso, ou sujeitas a determinantes sociais, e oferecer a linha de cuidado?
- Como está estruturada a linha de cuidado da população indígena, ribeirinha e quilombola em seu território?

Em relação ao cuidado a pessoas que gestam e crianças, recomenda-se realizar os seguintes questionamentos:

- Qual é a taxa de cobertura do pré-natal no seu território?
- As pessoas que gestam são testadas para hepatite B e/ou C nos serviços de saúde do seu município? Se sim, em qual(is) serviço(s) e em qual(is) momento(s)?
- Quantas pessoas que gestam foram diagnosticadas com hepatite B e/ou C no seu município nos últimos cinco anos?

- Como ocorre o seguimento das pessoas que gestam com hepatite B e/ou C no seu município?
- Qual é a conduta para com as parcerias sexuais de pessoas que gestam com hepatite B e/ou C no seu município?
- Quantas pessoas que gestam no seu município foram submetidas ao tratamento profilático para prevenção da transmissão vertical do HBV?
- Na cidade em que você atua, existe hospital de referência para realização do parto de pessoas que gestam com hepatite B e/ou C?
- Como é o acompanhamento das crianças nascidas de pessoas que gestam com hepatite B e/ou C?
- Quantas crianças nascidas de pessoas que gestam com hepatite B existem no seu município?
- Em seu município, há disponibilidade de vacina e imunoglobulina para todos os recém-nascidos de pessoas que gestam com hepatite B nas 12 primeiras horas do nascimento?
- Como é o acompanhamento às pessoas que gestam que fazem parte de grupos de população isolada?
- As crianças nascidas de pessoas que gestam vivendo com HBV recebem imunoglobulina e vacina para hepatite B nas 12 primeiras horas do nascimento?
- A APS realiza avaliação de histórico de vacinação de hepatite B em pessoas que gestam e crianças de até 5 anos de idade?
- A APS realiza busca ativa de pessoas que gestam e crianças de até 5 anos de idade com vacinação de hepatite B em atraso?
- Os recém-nascidos em seu município são sistematicamente vacinados contra o HBV antes de receberem alta hospitalar, até 12 horas de nascidos?

O planejamento nos territórios se configura como etapa fundamental nos processos de gestão dos diversos serviços, e consiste na preparação, organização e estruturação das atividades necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos.

5

ORIENTAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO NOS TERRITÓRIOS – MICROPLANEJAMENTO

Visando a obtenção de êxito na elaboração do plano de ação voltado para a eliminação das hepatites virais no território, o planejamento precisa seguir as seguintes etapas:

- 1. Diagnóstico situacional:** realização de levantamento das informações acerca do perfil do território, incluindo dados populacionais, clínicos e epidemiológicos em relação às hepatites virais.
- 2. Organização dos serviços de saúde no contexto das hepatites virais:** análise da organização dos serviços de saúde que ofertam cuidado às pessoas com hepatites virais desde as ações de rastreamento e diagnóstico até o tratamento e acompanhamento dessas pessoas.
- 3. Elaboração do plano local para a microeliminação (microplanejamento):** desenvolvimento de um plano de ação baseado no diagnóstico situacional e na organização dos serviços de saúde, contendo estratégias para resolver pontos críticos, fortalecer serviços e fluxos, e, se necessário, reorganizar a infraestrutura e os recursos humanos. Para a elaboração do plano, devem-se considerar os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, bem como descrever o perfil de casos a serem submetidos ao processo de microeliminação, os(as) profissionais necessários, logística, treinamentos, parcerias, cronograma de atividades, responsáveis, prazos e financiamento.
- 4. Desenho da(s) linha(s) de cuidado:** elaboração e implementação das linhas de cuidado, considerando os eixos do cuidado contínuo: promoção/

prevenção; diagnóstico/vinculação; tratamento/retenção/adesão; cura/monitoramento; revinculação.

- 5. Pactuação local:** formalização do plano de ação por meio de pactuação local para garantir a execução e a continuidade das atividades. Esse processo inclui informar e normatizar os compromissos de cada participante na execução do plano e no cumprimento das metas.

Quadro 5 – Orientações para o planejamento das ações de hepatites nos territórios

Realizar o diagnóstico situacional	Analisar o perfil da população; conhecer o perfil epidemiológico do território adscrito; conhecer a cobertura vacinal para hepatites A e B; averiguar se há pessoas que gestam com hepatite B e/ou C; averiguar se há crianças nascidas de pessoas com hepatite B e como está sendo seu acompanhamento; conhecer os insumos de prevenção disponíveis no município; identificar dificuldades na notificação, caso haja.
Reestruturar a Rede de Atenção às hepatites virais	<p>Conhecer a organização dos serviços de atenção às hepatites virais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços que disponibilizam insumos de prevenção e realizam acolhimento/aconselhamento; • serviços que disponibilizam os testes rápidos; • serviços responsáveis pela coleta de material biológico; • serviços responsáveis pela realização dos exames laboratoriais; • locais que realizam tratamento para pessoas com hepatites virais.
Elaborar plano local para microeliminação (microplanejamento)	Formar Grupo de Trabalho em Educação Permanente em Saúde; conhecer a realidade do território; identificar e priorizar problemas; elaborar Plano Local de Educação Permanente em saúde, garantindo ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com hepatites virais.
Desenhar a(s) linha(s) de cuidado	Promoção/prevenção; diagnóstico/vinculação; tratamento/retenção/adesão; cura/monitoramento.
Submeter a proposta à aprovação dos Conselhos de Saúde	Apresentar a proposta do plano local no Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

- 6. Operacionalização e monitoramento:** implementação precoce das ações planejadas para manter a motivação e o envolvimento dos atores. São necessários o monitoramento e o ajuste contínuos do planejamento, com a definição de indicadores e metas para avaliar os impactos das ações.

5.1 Diagnóstico situacional – perfil epidemiológico

O diagnóstico situacional das hepatites virais é crucial para implementar estratégias eficazes de eliminação. Essas doenças são de notificação obrigatória semanal no Sinan e requerem que os casos confirmados sejam reportados por meio de uma ficha específica. A notificação pode ser feita por qualquer profissional com conhecimento sobre como preencher a ficha, atentando para a importância da informação de dados corretos tanto clínicos quanto laboratoriais que podem e devem ser complementados pelos(as) profissionais de saúde, assegurando, dessa forma, um monitoramento adequado do perfil epidemiológico das hepatites virais.

Existem questões norteadoras que o(a) gestor(a) precisa responder para traçar o perfil epidemiológico do seu território, a saber:

Figura 1 – Diagnóstico situacional das hepatites virais



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Além dos dados obtidos a partir dos sistemas de informação, é preciso pensar em todo o contexto das hepatites virais e questionar se apenas com a ficha de notificação é possível contemplar todos os aspectos necessários à elaboração de um plano de ação no território. Parte dessa questão se deve à desatualização da ficha vigente, que não contempla, por exemplo, questões relacionadas a identidade de gênero e orientação sexual. Logo, outros aspectos devem ser contemplados, considerando quantos e onde estão localizados/concentrados os seguintes segmentos populacionais:

- População LGBTQIAPN+ e homens que fazem sexo com homens.
- Profissionais do sexo.

- Pessoas trans.
- Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.
- População em situação de rua.
- Pessoas transplantadas.
- Pessoas privadas de liberdade.
- Pessoas em terapia renal substitutiva (TRS).
- Indígenas.
- Quilombolas.
- Ribeirinhos.
- Profissionais de saúde.

Também é importante mapear estabelecimentos como clínicas de hemodiálise, salões de manicure, estúdios de tatuagem e piercings, clínicas odontológicas e estéticas, entre outros. Cada território possui particularidades que podem influenciar a vulnerabilidade e a exposição das pessoas às hepatites virais.

5.2 Sistemas de informação em saúde no diagnóstico situacional das hepatites virais

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é estruturado para garantir a obtenção de informações essenciais à tomada de decisão por gestores(as) e profissionais de saúde no processo de elaboração de estratégias que auxiliarão no enfrentamento às hepatites virais.

O SIS é composto por vários subsistemas e seu principal objetivo é a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisão. Possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, considerando as microrregiões que o compõem e os fatores determinantes no processo saúde-doença, é uma das finalidades desse sistema.

Para níveis populacionais, destacamos os principais sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde em cada um desses âmbitos:

- **Mortalidade** (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM):
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim>
- **Nascimento** (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc):
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinasc>

- **Ambulatorial** (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS): <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
- **Internações hospitalares** (Sistema de Informações Hospitalares – SIH) <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>
- **Notificações de doenças** (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan): <https://portalsinan.saude.gov.br/>
- **Atenção Básica** (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – Sisab): <https://sisab.saude.gov.br/>
- **Programa Nacional de Imunizações** (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI): <https://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>.

Vale destacar que o Ministério da Saúde disponibiliza informações sobre os casos notificados de hepatites virais por meio do Sinan, incluindo:

- Ficha de notificação/investigação.
- Instrucional de preenchimento da ficha de notificação/investigação.
- Dicionário de dados.
- Nota Informativa nº 55/2019, que apresenta os critérios de definição de casos para a notificação das hepatites virais.

Essas informações são relevantes para qualificar a vigilância epidemiológica no seu município. Para isso, sugerimos acessar os documentos para registro e análise das hepatites virais: <http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>.

Em relação às unidades de saúde, considera-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) como a principal fonte de dados para estabelecimentos públicos e privados.

O Ministério da Saúde publica anualmente o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, normalmente no mês de sensibilização para a resposta às hepatites virais, o “Julho Amarelo”. Além disso, os dados publicizados estão disponíveis para gestores(as) e profissionais de saúde – assim como para as demais pessoas interessadas na produção e análise epidemiológica – no painel de indicadores e dados básicos sobre hepatites virais nos municípios, estados e regiões brasileiras (<http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>). Adicionalmente, o painel de indicadores de inconsistências das hepatites virais A, B, C, D e E permite avaliar e corrigir quaisquer erros nos dados reportados pelos municípios (<https://informacaohepatites.aids.gov.br/>).

As informações estão disponibilizadas nos níveis nacional e estadual; no entanto, é importante que os(as) gestores nos demais níveis de atenção avaliem os dados referentes ao seu território para entender melhor o impacto local das hepatites. Além disso, dados sobre as hepatites virais estão disponíveis para consulta também por meio do tabulador TabNet (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>). Os microdados sobre as hepatites virais no Brasil estão disponíveis para download e tabulação por meio do Tabwin (<https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>).

5.3 Perfil epidemiológico – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

O monitoramento do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) é fundamental para a análise logística e clínica das pessoas com hepatites virais (residentes e não residentes) atendidas no território e as condutas protocolares adotadas, bem como a avaliação da qualidade dos dados por meio de correções de inconsistências.

Embora sua principal finalidade seja o controle logístico da dispensação dos medicamentos, o Siclom também oferece informações clínicas importantes, como:

- Resultado de teste de gravidez.
- Coinfecção com outro vírus de hepatite ou HIV.
- Risco e estágio de lesão hepática.
- Contraindicações para terapias medicamentosas, entre outras.

Além do Siclom, outras fontes, como os prontuários de saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) fornecem dados sobre testes rápidos, transplantes hepáticos, internações por cirrose e carcinoma hepatocelular, óbitos por hepatites virais e resultados de exames importantes para o diagnóstico e acompanhamento de tratamentos.

É importante que o(a) gestor(a) conheça essas fontes de informação e a sua gama de dados disponíveis, a fim de encontrar lacunas assistenciais que possam ser trabalhadas e revertidas.

5.4 Perfil epidemiológico – Vacinação

Outros dados a serem contemplados no perfil epidemiológico dizem respeito às coberturas vacinais e doses aplicadas. Atualmente, o Programa Nacional de

Imunizações (PNI) dispõe de cobertura vacinal para as vacinas hepatite A e B somente para crianças; para adultos, os dados disponíveis referem-se somente às doses aplicadas.

A vacina da hepatite A está recomendada para crianças de 15 meses (podendo ser aplicada até 4 anos, 11 meses e 29 dias). Algumas situações especiais, previstas no manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie) e nos PCDT de Hepatites B e C e Coinfecções indicam a vacinação para hepatite A fora da recomendação do calendário infantil.

A vacina da hepatite B está disponível para toda a população; entretanto, existe a recomendação da vacinação ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas a 24 horas do nascimento da criança, ainda na maternidade.

Essa dose é fundamental, principalmente, para a profilaxia de crianças expostas ao vírus da hepatite B, mas a recomendação é a mesma para todas as crianças. Caso a criança não seja captada oportunamente dentro desse prazo de horas, ela poderá receber a primeira dose até os 30 dias de vida. Não tendo sido aplicada nesse período, a vacina não será mais realizada e a criança receberá a dose de hepatite B aos 2, 4 e 6 meses de vida, por meio da vacina pentavalente. As demais informações sobre o calendário vacinal podem ser acessadas no site do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>).

A análise das coberturas vacinais é importante para identificar áreas com populações suscetíveis às hepatites A e B, permitindo a criação de estratégias direcionadas a aumentar a vacinação e reduzir a suscetibilidade. Para um monitoramento detalhado, os dados podem ser acessados via [TabNet](#), embora seja necessário avaliar informações mais específicas localmente, seja por meio de sistemas de informação digitalizados ou registros físicos, dependendo das condições do território.

5.5 Mapeando o itinerário terapêutico e construindo fluxos

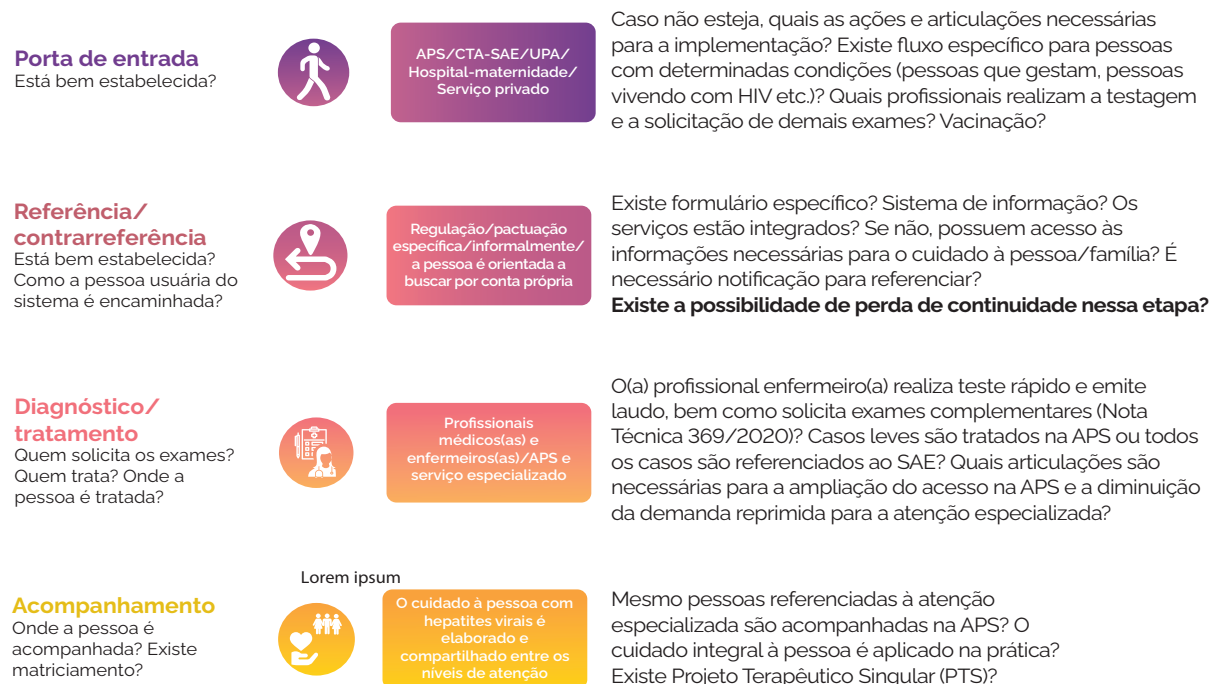
Para a elaboração, implementação ou revisão dos fluxos necessários para que o atendimento às pessoas com hepatites virais aconteça em todos os eixos, o(a) gestor(a) também necessita ter em mente alguns questionamentos:

- > Existe um mapeamento do itinerário terapêutico da pessoa com hepatites virais (trajeto necessário desde a testagem até o pós-tratamento)?
- > Existe um fluxo que contemple as especificidades do território?
- > Caso exista, ele é formal ou informal? Ele está difundido em todos os pontos da rede de atendimento às hepatites virais?
- > Existe a compreensão do fluxo por parte dos(as) profissionais das equipes em todos os níveis de atenção?

Inicialmente, deve-se pensar em como estabelecer fluxos eficazes não apenas para as pessoas que buscam testagem específica, mas também para indivíduos que acessam outros serviços de saúde e podem ser captados para avaliação de hepatites virais. É importante verificar se existem múltiplas portas de entrada adaptadas às diversas necessidades e se elas estão integradas aos fluxos existentes no território.

Para a construção ou revisão do fluxo de atendimento às hepatites virais no território, todos os passos devem estar minuciosa e criteriosamente estabelecidos no fluxo seguinte:

Figura 2 – Fluxo de atendimento às hepatites virais



IMPORTANTE
Nem todas as atividades estarão sob a sua governabilidade; no entanto, é imprescindível o conhecimento das etapas da construção dos fluxos e o caminho para as articulações necessárias que viabilizem a operacionalização das ações.

Fonte: Dathi/SVSA/MS.
 Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento; SAE = Serviço de Assistência Especializada; UPA = Unidade de Pronto Atendimento

A revisão ou construção de fluxos deve incluir uma avaliação detalhada da estrutura operacional dos pontos de atendimento, considerando:

- Espaço físico.
- Número de profissionais.
- Perfil profissional.
- Materiais e insumos.
- Capacitações rotineiras.

Após a junção de todos os elementos citados, a gestão terá condições de identificar os pontos fortes e fracos em relação à execução da política de hepatites virais no seu território, bem como as necessidades de elaboração, implementação, revisão ou fortalecimento de fluxos, seja em um ou mais pontos da rede de atenção. Os dados epidemiológicos indicarão a prioridade na operacionalização das ações, ou seja, por onde e como iniciar o plano, e a estrutura evidenciará a necessidade de recursos financeiros para a ampliação do escopo de atuação que se fizer necessário. Quanto aos recursos financeiros, cada gestor(a) deverá avaliar internamente a forma mais adequada para a garantia da realização das ações.

Trabalhar a qualidade dos dados é de extrema relevância, pois todo o planejamento será pautado nas informações disponíveis no território.

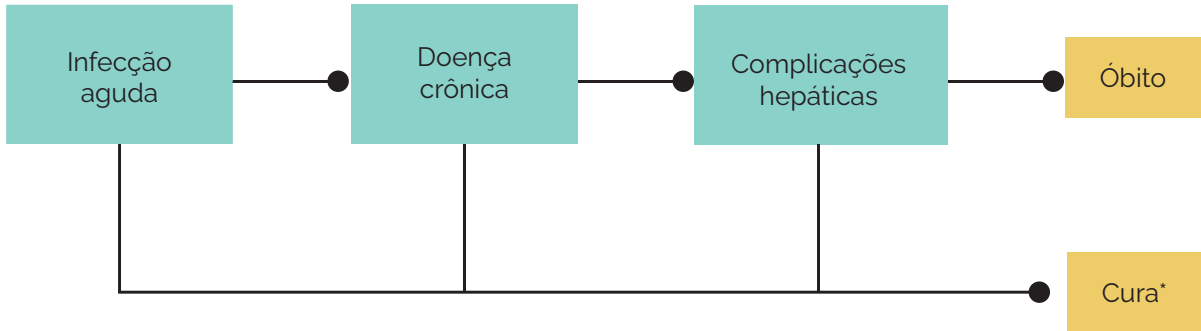
5.6 Como organizar as informações estratégicas

Visando a eliminação das hepatites virais, a rede de vigilância deve ser fundamentalmente capaz de compreender como se dá a dinâmica das hepatites B e C nos territórios. A epidemiologia dessas infecções/doenças é bastante heterogênea no Brasil, e cada território deve organizar a rede de vigilância para atender suas demandas específicas, mas alguns conceitos básicos podem ser delineados para orientar a gestão local.

As hepatites B e C possuem suas respectivas especificidades clínicas, mas para seu delineamento epidemiológico em nível populacional, é possível categorizar as suas histórias naturais em apenas três estágios gerais – infecção aguda, doença crônica e complicações hepáticas. Considerando os desfechos básicos de acompanhamento, destaca-se a RVS como principal parâmetro de sucesso terapêutico para a hepatite C, a cura funcional como desfecho desejável

para a hepatite B e o óbito como desfecho final em casos de evolução desfavorável. Essa categorização simplifica e orienta a análise dos dados epidemiológicos, e é suficiente para compreender o desenvolvimento dessas infecções/doenças no território e guiar ações estratégicas.

Figura 3 – Categorização da infecção por hepatites virais



Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

*Hepatite C: a cura é definida pela resposta virológica sustentada (RVS).

Hepatite B: a cura funcional é definida como HBsAg negativo em duas medidas, com intervalo de seis meses entre elas.

5.6.1 Infecção aguda

Para avaliar novas infecções, uma abordagem de curto prazo é analisar a tendência histórica de notificações de casos agudos, especialmente sintomáticos, devido à maior facilidade de identificação. Embora não exista uma correlação matemática direta entre os casos notificados e a incidência geral, uma elevação dos casos agudos geralmente indica um aumento na incidência da doença.

5.6.2 Infecção crônica

De modo geral, conhecer a prevalência das hepatites B e C na população é fundamental para orientar estratégias de testagem e tratamento, sendo o dado mais básico e necessário para o planejamento adequado das estratégias de eliminação. A infecção crônica é caracterizada pela persistência de viremia após seis meses do diagnóstico sorológico ou das manifestações clínicas de um quadro de hepatite aguda.

5.6.3 Complicações hepáticas

As hepatites B e C são, respectivamente, a terceira e quarta causas de neoplasias associadas a infecções no mundo, após o *Helicobacter pylori* e o HPV (Rositch, 2020). Por essa razão, devem-se seguir estratégias de rastreamento do carcinoma hepatocelular, conforme os critérios clínicos previstos nos documentos

do Ministério da Saúde. Não menos importante é conhecer e investigar as manifestações extra-hepáticas das hepatites B e C. A análise dos dados de tais complicações fornece informações valiosas sobre a carga global dessas doenças, englobando morbimortalidade, impactos na qualidade de vida dos(as) usuários(as), custos para o sistema de saúde e consequências socioeconômicas. Da mesma forma, as complicações da cirrose (hipertensão portal e insuficiência hepática) podem levar à necessidade de transplante hepático ou ao óbito.

5.6.4 Cura

Os conceitos de cura são diferentes entre as hepatites B e C. Enquanto a infecção pelo HCV pode ser curada de fato, com a eliminação do vírus do organismo da pessoa, no caso do HBV, mesmo após a soroconversão para anti-HBs e a indetectabilidade do DNA viral, este persiste nos hepatócitos, o que é considerado "cura funcional", ainda que exija acompanhamento específico.

Quadro 6 – Ações estratégicas para a qualificação da vigilância das hepatites virais

ESTÁGIO DA DOENÇA	AÇÕES SUGERIDAS	OBJETIVOS
Infecção aguda	Realizar vigilância de casos sintomáticos, incluindo busca ativa de contatantes íntimos Analisar casos agudos notificados ao Sinan	Estimar indiretamente tendências para incidência Detectar surtos
Doença crônica	Realizar inquéritos sorológicos Testar focalizando populações prioritárias	Estimar a prevalência Fundamentar modelagens matemáticas
Complicações hepáticas	Analisar informações de declarações de óbito Testar e usuários com cirrose ou carcinoma hepatocelular	Estimar morbidade e mortalidade Avaliar impacto no sistema de saúde

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

6

CASCATA DE CUIDADO PARA AS PESSOAS COM HEPATITES VIRAIS

A cascata de cuidado contínuo é uma ferramenta valiosa para o monitoramento clínico e a gestão populacional das hepatites virais, sendo recomendada neste Guia para todos os territórios envolvidos em planos de eliminação dessas doenças. Representadas geralmente por gráficos de barras verticais, as cascatas de cuidado permitem analisar as etapas da linha de cuidado. Elas ilustram uma sequência integrada de serviços necessária para alcançar os resultados esperados em saúde. Cada barra intermediária representa um momento específico do cuidado, permitindo identificar a eficiência do processo, as lacunas existentes e os pontos críticos que demandam intervenção, além de indicar como alocar recursos de forma mais eficaz.

A CGHV, em colaboração com a Assessoria de Monitoramento e Avaliação (AMA/Dathi/SVSA), disponibiliza o Painel de Monitoramento das Hepatites B e C¹, com a finalidade de apresentar a cascata de cuidado e oferecer funcionalidades de filtro para a visualização dos dados em nível local sem a necessidade de cálculos adicionais.

Este Guia traz propostas de modelos com conceitos específicos para as hepatites B e C, considerando suas particularidades. Além disso, esses modelos possuem semelhanças com a estrutura proposta pela OMS para o monitoramento das metas de programa para a eliminação das hepatites virais, visando facilitar a compreensão dos conceitos para as hepatites. Os(as) gestores(as) são livres para adaptar essa proposta às realidades locais, sendo discutidas neste Guia as estruturas entendidas como básicas para o monitoramento do processo de eliminação das hepatites B e C.

¹ <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento-de-hepatites-b-e-c>

A altura das colunas intermediárias mostra o número de pessoas que alcançaram cada etapa da linha de cuidado. A comparação dessas colunas evidencia a eficiência alcançada em cada um dos momentos, facilitando a visualização das medidas necessárias ao emprego eficiente de recursos. Cada par de colunas representa uma proporção, sendo a da esquerda o denominador e a da direita o numerador, que mostra quantas pessoas cumpriram aquela etapa da linha de cuidado. Na cascata, as proporções atribuídas a cada coluna podem ser relativas tanto à coluna imediatamente anterior, que apresenta a eficiência da rede naquele ponto específico, quanto à população geral de pessoas com a doença, para um delineamento abrangente.

6.1 Orientações específicas para a hepatite B

As principais etapas da cascata de cuidado da hepatite B são:

- 1) Pessoas identificadas com hepatite B:** número acumulado de pessoas identificadas nos sistemas de informação (Sinan, GAL, Siclom Hepatites Virais, SIM) com infecção por HBV confirmada.
- 2) Pessoas com infecção crônica pelo HBV:** são aquelas com confirmação da forma crônica do HBV, ou seja, que apresentam carga viral detectável ou HBsAG reagente há mais de seis meses, ou que tiveram dispensação de medicamentos.
- 3) Pessoas vinculadas:** pessoas com infecção crônica pelo HBV que realizaram exame de carga viral no SUS ou que tiveram dispensação de medicamento no ano de referência.
- 4) Pessoas em tratamento:** pessoas em tratamento regular para HBV, sem atraso de dispensação ou com atraso de até 180 dias

Os conceitos básicos propostos para a construção das cascatas de cuidado das hepatites virais se relacionam com os seguintes aspectos específicos da infecção crônica pelo HBV:

Pessoas identificadas com hepatite B: número acumulado de pessoas identificadas nos sistemas de informação (Sinan, GAL, Siclom Hepatites Virais, SIM) com infecção por HBV confirmada. Fazem parte desse grupo as pessoas com notificação de caso confirmado no Sinan, com exames de HBsAg ou anti-HBc total reagentes, ou HBV-DNA detectável no GAL e/ou registro de dispensação de antivirais para o tratamento da hepatite B no Siclom, além de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11 (códigos B16.0, B16.1, B16.2, B16.9, B17.0, B18.0, B18.1 e B19).

Pessoas com infecção crônica pelo HBV: são aquelas com confirmação da forma crônica do HBV, ou seja, que apresentam carga viral detectável ou HBsAG reagente há mais de seis meses, ou dispensação de medicamentos. Fazem parte desse grupo indivíduos com exames de carga viral (HBV-DNA) detectável ou HBsAG reagente há mais de seis meses no GAL e/ou registro de dispensação de antivirais para o tratamento da hepatite B no Siclom.

Pessoas vinculadas: para contabilizar as pessoas vinculadas à rede de cuidado da hepatite B, consideram-se tanto aquelas que realizaram exame HBV-DNA registrado no GAL quanto as que possuem registros de dispensação de medicamentos no Siclom no ano. Importante notar que, independentemente da indicação de tratamento, permanece a recomendação de acompanhamento com exames de carga viral periódicos, no mínimo uma vez por ano.

Pessoas em tratamento: são consideradas pessoas em tratamento aquelas que tiveram pelo menos uma dispensação de antivirais no ano, registrada no Siclom, e que não estejam com atraso superior a 180 dias. Estima-se que 50% das pessoas com a infecção crônica tenham indicação para tratamento. A meta de eliminação é tratar 80% das pessoas elegíveis.

6.2 Orientações específicas para a hepatite C

- 1) Pessoas identificadas com hepatite C:** todas as pessoas do território com hepatite C identificadas, no ano, nos sistemas de informação (Sinan, GAL, Siclom Hepatites Virais, SIM) com notificação, anti-HCV reagente, RNA-HCV detectável, dispensação de medicamento para HCV ou óbito causado por HCV.
- 2) Pessoas que realizaram carga viral:** são aquelas identificadas, no ano, que apresentam resultado válido de RNA-HCV, dispensação de medicamento para HCV ou óbito causado por HCV.
- 3) Pessoas virêmicas:** pessoas com RNA-HCV detectável, dispensação de medicamento para HCV ou óbito causado por HCV.
- 4) Pessoas tratadas:** pessoas com dispensação de medicamento para HCV.

A seguir encontram-se orientações para a construção das cascatas de cuidado da hepatite C, considerando seus aspectos específicos:

Pessoas identificadas com hepatite C: incluem todas aquelas identificadas nos sistemas de informação para hepatite C (Sinan, GAL, Siclom Hepatites Virais,

SIM). Fazem parte desse grupo as pessoas com notificação de caso confirmado no Sinan, exames de carga viral (HCV-RNA) detectável no GAL e/ou registro de dispensação de antivirais para o tratamento da hepatite C no Siclom, além de óbitos com causa básica ou associada à CID-11 (códigos B17.1, B18.2 e B19).

Pessoas que realizaram carga viral: incluem aquelas com resultado válido de HCV-RNA. Fazem parte desse grupo as pessoas com notificação de caso confirmado no Sinan, exames de carga viral (HCV-RNA) com resultado válido no GAL e/ou registro de dispensação de antivirais para o tratamento da hepatite C no Siclom, além de óbitos com causa básica ou associada à CID-11 (códigos B17.1, B18.2 e B19).

Pessoas virêmicas: são as pessoas que têm resultado de HCV-RNA detectável. Para isso, consideram-se aquelas com exames com carga viral (HCV-RNA) detectável no GAL e/ou registro de dispensação de antivirais para o tratamento da hepatite C no Siclom, além de óbito com causa básica ou associada à CID-11 (códigos B17.1, B18.2 e B19).

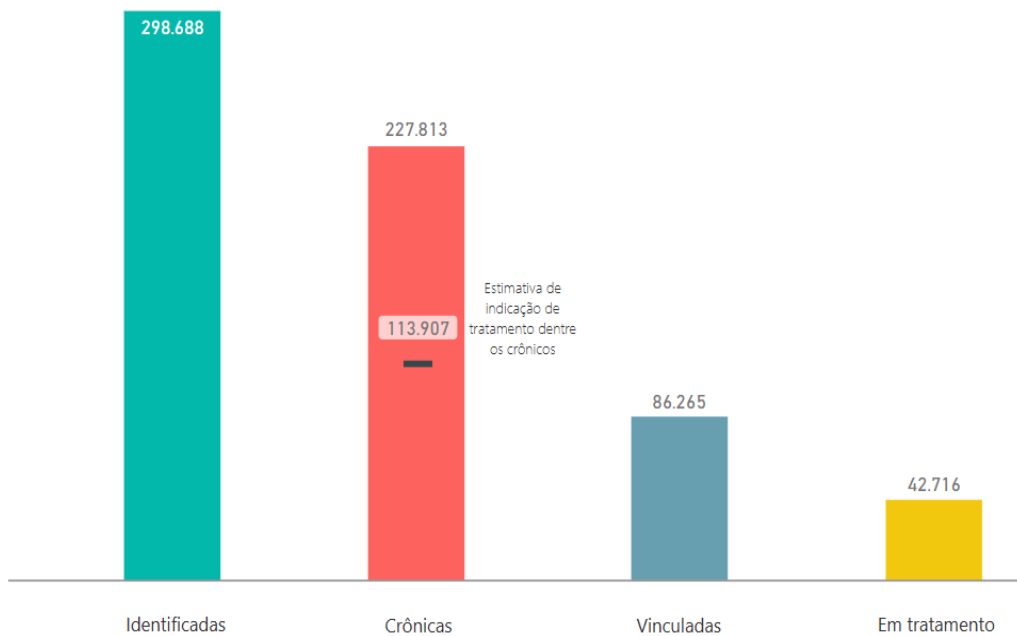
Pessoas tratadas: são as pessoas que têm evidência de ter realizado o tratamento para HCV. Para isso, consideram-se aquelas que apresentaram, pelo menos, uma dispensação registrada no Siclom Hepatites Virais, no ano.

6.3 Sumário das recomendações

Todos os parâmetros recomendados utilizam como base temporal o período de um ano, mas podem ser adaptados para períodos menores, a depender das demandas locais.

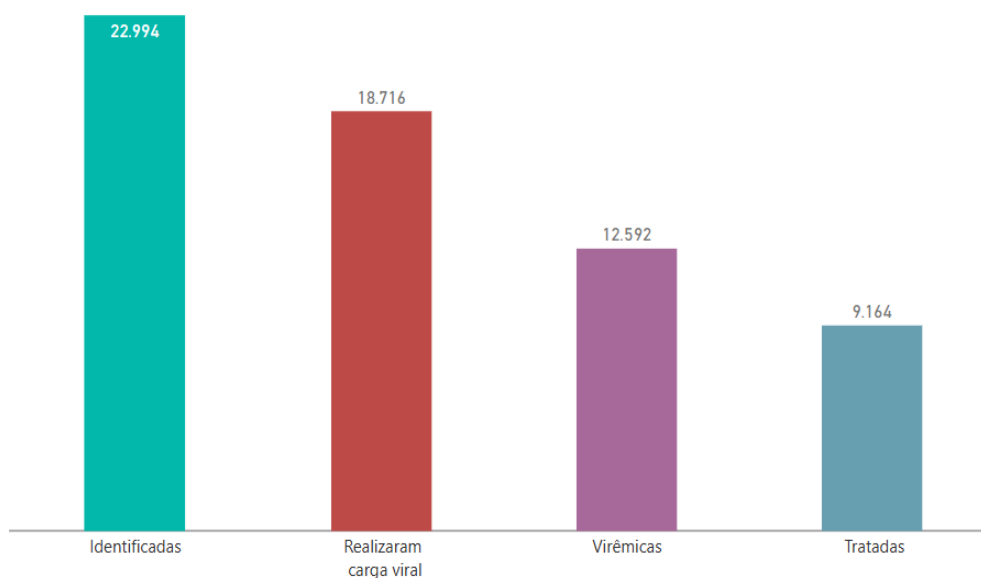
As figuras a seguir trazem as cascatas de cuidado para as hepatites B e C de 2024, mostrando como se apresentam os conceitos discutidos. Note-se que essas cascatas evidenciam as diferenças explicadas nos tópicos anteriores sobre o monitoramento das hepatites B e C, causadas pelas especificidades do manejo de cada uma delas.

Figura 4 – Cascata de cuidado da hepatite B, 2024



Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

Figura 5 – Cascata de cuidado da hepatite C, 2024



Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

7

ELABORAÇÃO DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS NO TERRITÓRIO

7.1 Elementos do Plano de Eliminação das Hepatites Virais

Alguns elementos necessitam obrigatoriamente constar do Plano de Eliminação das Hepatites Virais no território (mais detalhes no Apêndice A):

- **Introdução ou contextualização:** apresentar a situação das hepatites virais no território, destacando a importância nacional e a necessidade de intervenção. Definir objetivos específicos, como ampliar a testagem, facilitar o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento das pessoas com hepatites virais, bem como intensificar a busca ativa por contatos.
- **Método:** descrever as estratégias para alcançar os objetivos. Esse tópico precisa ser bem detalhado para que toda a rede compreenda como serão executadas as ações para a construção e a implementação do plano.
- **Resultados esperados:** especificar o que se espera alcançar, como a implementação de fluxos de atendimento, o aumento na cobertura de testes e vacinas e o tratamento de todas as pessoas diagnosticadas. Estabelecer metas mensuráveis para facilitar o monitoramento.
- **Cronograma:** incluir um cronograma que contenha minimamente:
 - as atividades planejadas;
 - os objetivos de cada atividade;
 - os resultados esperados;
 - a data de início e término de cada atividade;

- >> as pessoas responsáveis por cada etapa;
- >> a logística necessária.

Para facilitar o processo de construção do Plano de Eliminação das Hepatites Virais no território, sugere-se o uso de ferramentas de gestão que podem auxiliar gestores(as) e profissionais de saúde. Exemplos dessas ferramentas constam nos Apêndices B, C e D.

7.2 Pactuação

As Comissões Intergestores Regional, Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais para a realização do planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde. As decisões são tomadas por meio de consenso, o que estimula o debate entre os atores presentes. Essa etapa é indispensável, uma vez que nela serão estabelecidas as parcerias e acordados os subsídios necessários para a execução do plano em questão. Assim, pactuar o plano local de eliminação das hepatites virais é importante para:

- > Proporcionar visibilidade e força ao enfrentamento às hepatites virais.
- > Discutir e garantir incentivos financeiros e fontes de financiamento.
- > Assegurar os insumos.
- > Definir papéis.
- > Sensibilizar e cobrar a rede quanto à execução das ações, em diferentes instâncias.
- > Garantir um plano factível, por meio das ponderações surgidas nas comissões.

7.3 Operacionalização e monitoramento/avaliação

Quanto à operacionalização das ações, algumas medidas, como a ampliação da oferta de testagem, já fazem parte das rotinas das unidades de saúde e podem ser expandidas sem custos adicionais significativos. Por exemplo, as unidades que já possuem os insumos necessários podem começar a testar todas as pessoas no acolhimento. Outra questão importante é identificar, fora da unidade de saúde, os locais onde estão as pessoas vulneráveis e viabilizar as testagens na comunidade, cumprindo o modelo de assistência centrada na pessoa.

Deve-se iniciar a operacionalização pelas ações já executadas na rotina, porém expandindo-as conforme necessário, para que se alcance o objetivo principal, que é a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública.

De posse de todo o mapeamento da sua área/microárea, a gestão poderá optar por iniciar ações de ampliação de testagem nos territórios com maior número de casos, ou com mais situações de vulnerabilidade. Cabe lembrar que territórios silenciosos do ponto de vista epidemiológico podem configurar-se como locais prioritários.

É relevante que o(a) gestor(a) utilize o setor de comunicação para a divulgação do plano e a conscientização da população quanto à importância do diagnóstico e do tratamento das hepatites.

A evolução das ações deve ser monitorada de acordo com prazo previamente estabelecido, de forma a reorganizar ações, remanejar pessoal ou realizar mutirões, quando as atividades estiverem aquém do previsto.

Para o monitoramento e avaliação, será necessário:

- Elencar indicadores e metas.
- Estabelecer a periodicidade da análise.
- Definir os responsáveis por essa etapa e apresentar resultados (ex.: há necessidade de contratação de pessoal?).
- Definir as ferramentas de análise (ex.: será utilizado *software*? Se sim, livre ou pago?).

Por meio do monitoramento e avaliação, o(a) gestor(a) poderá identificar situações críticas, bem como os resultados exitosos da ação.

Nesse sentido, elaborar devolutivas com as equipes quando da realização do relatório de monitoramento é fundamental para a manutenção do envolvimento e da motivação dos(as) profissionais quanto aos resultados e ao que se pretende ajustar para a efetividade das ações.

São exemplos de indicadores e metas a serem utilizados:

- Número de testes realizados/número de testes recebidos: avaliar a utilização dos testes recebidos no território. A meta pode ser utilizar 90% ou 100% dos testes recebidos em um período de tempo.
- Número de pessoas com teste rápido reagente/número de pessoas que realizaram teste rápido: avaliar a prevalência das hepatites virais na

população testada. A meta pode ser ampliar em 100% a detecção das hepatites virais.

- Número de pessoas que receberam tratamento/número de pessoas com indicação de tratamento: avaliar a oportunidade da oferta de tratamento para pessoas diagnosticadas com hepatites virais. A meta pode ser atingir 100% das pessoas diagnosticadas com indicação de tratamento, de acordo com o PCDT vigente.
- Número de pessoas que concluíram o tratamento ou realizam o seguimento do tratamento/pessoas que iniciaram o tratamento: a meta pode ser 100% de adesão ao tratamento.
- Número de pessoas que gestam diagnosticadas/número de pessoas que gestam testadas: avaliar a prevalência de hepatites virais entre as pessoas que gestam. A meta pode ser testar 100% das pessoas que gestam para hepatites virais.
- Número de crianças expostas ao vírus das hepatites virais que se infectaram/número de crianças expostas ao vírus das hepatites: avaliar a incidência das hepatites virais nas crianças expostas. A meta pode ser testar 100% das crianças expostas ao vírus das hepatites e realizar a profilaxia em 100% das crianças expostas ao vírus das hepatites.
- Número de unidades de saúde que oferecem teste rápido/número de unidades de saúde: avaliar a capilaridade da rede quanto à testagem. A meta pode ser oferecer teste rápido para hepatites virais em 100% das unidades de saúde.
- Número de profissionais capacitados(as) para atendimento às hepatites virais (seja atendimento específico para testagem, diagnóstico ou tratamento)/número de profissionais de saúde: a meta pode ser alcançar 90% ou mais de profissionais de saúde capacitados(as) para o atendimento às hepatites virais.
- Número de unidades da APS que realizam teste rápido/número de unidades da APS: avaliar a descentralização e/ou o fortalecimento e a ampliação das ações de testagem para hepatites virais. A meta é disponibilizar teste rápido para hepatites virais em 100% das unidades da APS.

Outros indicadores e metas devem ser considerados pela gestão, de acordo com o diagnóstico do seu território e as suas necessidades locais.

8

RESPONSABILIDADES E ARTICULAÇÕES

8.1 Atuação de gestores(as) nas esferas de governo

Cabe aos(às) gestores(as) o compromisso de:

- Eliminar as hepatites virais, por meio da definição de metas nacionais e subnacionais.
- Ampliar o financiamento para eliminar as hepatites virais como problema de saúde pública.
- Operacionalizar e/ou subsidiar a operacionalização de ações efetivas para a eliminação das hepatites virais até 2030.
- Empenhar-se para a expansão dos serviços essenciais que realizam o cuidado das pessoas com hepatites virais, buscando descentralização e capilarização do cuidado.
- Ampliar o acesso ao tratamento.
- Garantir que as populações sob mais condições de vulnerabilidade estejam incluídas nas ações de resposta nacional às hepatites virais.
- Assegurar o envolvimento das comunidades e das pessoas que vivem com hepatites virais na resposta nacional.

Os(as) gestores(as) também devem garantir que:

- O teste rápido seja oferecido em todas as oportunidades, especialmente para pessoas em condições de vulnerabilidade ou acima de 40 anos.
- Pessoas que vivem com hepatite não esperem pelo tratamento.

- Pessoas que gestam não esperem pelo rastreamento, profilaxia ou tratamento.
- Recém-nascidos sejam vacinados ao nascer e recebam a imunoglobulina se indicado.
- Pessoas com hepatites virais não sofram estigma nem discriminação.
- A população geral e, sobretudo, as populações prioritárias não encontrem barreiras de acesso aos serviços de saúde.
- Sejam minimizadas as barreiras de acesso relacionadas à unidade de saúde (ex.: residência distante da unidade de saúde, deslocamentos temporários).
- Haja possibilidades de viabilizar e otimizar subsídios para organizações comunitárias que lidem com as hepatites virais.
- As ações para a eliminação das hepatites virais sejam garantidas pelo compromisso político e financeiro.
- As barreiras burocráticas sejam minimizadas na busca pela eliminação da transmissão materno-infantil.

8.2 Processo de pactuação

Essa etapa é indispensável, uma vez que nela serão estabelecidas as parcerias e acordados os subsídios necessários à execução do plano local de eliminação, conforme descrito no item 7.2.

8.3 Processo de operacionalização

A operacionalização, principalmente nas ações extramuros, deve contar com logística e cronograma bem alinhados, de forma a não dessensibilizar tanto os(as) profissionais quanto a população para as ações propostas. Logo, se há grandes distâncias no território, o transporte precisa estar garantido nos dias estabelecidos e com as rotas definidas; do mesmo modo, os insumos para testagem e os materiais para o registro devem estar presentes em quantidades adequadas para que não se percam oportunidades de testagem.

Quando as ações estiverem sendo ampliadas dentro da própria unidade de saúde, é necessário deixar visíveis os fluxos internos, bem como indicar claramente os espaços físicos destinados à testagem, além de garantir que não haja falta de insumos e/ou pessoas para realizar as ações, de forma a ajustar escalas se necessário.

A evolução das ações deve ser monitorada de acordo com os prazos previamente estabelecidos, de forma a reorganizar ações, remanejar pessoal ou realizar mutirões quando as atividades estiverem abaixo do previsto.

9

SELO DE BOAS PRÁTICAS

A implementação do Sistema Único de Saúde, desde a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980, segue sendo um processo dinâmico que busca a descentralização, a universalização e a unificação dos serviços de saúde.

Deve-se enfatizar a importância e a responsabilidade atribuídas ao município como participante desse sistema dinâmico, buscando assegurar os princípios basilares do SUS, entre os quais a **universalidade** (acesso a todas as pessoas em qualquer serviço de saúde), a **equidade** (oferta de serviços conforme as diferentes necessidades dos indivíduos e grupos, visando reduzir desigualdades em saúde) e a **integralidade** (atenção ao ser humano e ao próprio sistema como uma totalidade), além de princípios organizativos como regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação popular e complementaridade do setor privado na prestação dos serviços.

No contexto da municipalização, deve-se considerar que, em razão dos recursos humanos e materiais disponíveis e da complexidade e forma de organização do sistema local de saúde, o município que não dispuser de condições para atender integralmente à saúde de sua população deve garantir o acesso das pessoas em outros municípios de referência, por meio dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), esta substituída pelo Planejamento Regional Integrado (PRI), descrito na Portaria GM/MS nº 1.631/2015 (revogando a Portaria GM/MS nº 1.101/2002).

Essa nova proposta é parte do planejamento do SUS, que busca, por meio de pactuações entre os entes federados, a organização das RAS de forma a alcançar

a suficiência de ações e serviços em saúde dentro das Macrorregiões de Saúde e que será, posteriormente, materializada em um Plano Regional que contribuirá com a construção do Plano Estadual de Saúde (Conass, 2022).

O PRI representa importante espaço para discussão das metas, indicadores e ações descritas na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no Brasil Saudável – Unir para Cuidar, no Plano Nacional de Saúde e no Previne Brasil, uma vez que estas poderão ser implementadas e discutidas em diferentes espaços nas esferas dos entes federados – constituindo o nível central a União, o nível regional os estados e o nível local os municípios – considerando a importância do trabalho em equipe multiprofissional (Brasil, 2024).

O presente documento tem por finalidade fomentar e instrumentalizar gestores(as) e profissionais de saúde para discussões sobre o processo de construção e implementação do plano de eliminação das hepatites em seu território. Assim, o Ministério da Saúde incentiva estados e municípios a iniciarem discussões territoriais que possam auxiliar a (re)organização dos serviços de saúde na perspectiva de redes regionalizadas de saúde, a fim de ampliar o acesso ao rastreio, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com hepatites virais.

Para auxiliar nesse processo, o Ministério da Saúde propõe a certificação com **Selo de Boas Práticas** para o estado que elaborar e pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a proposta da Linha de Cuidado das Hepatites Virais B e C, bem como para os municípios que a pactuarem na Comissão Intergestores Regionais (CIR). Essa certificação poderá ser atribuída ao estado, caso este defina pactuar a linha de cuidado em todas as macrorregionais, bem como aos municípios que a pactuarem nas regiões de saúde.

Os estados e/ou municípios que realizarem todo o processo de construção da linha de cuidado das hepatites virais e a pactuarem na CIB e/ou CIR receberão, pelo Ministério da Saúde, o Selo de Boas Práticas rumo à eliminação das hepatites B e C.

REFERÊNCIAS

- BENZAKEN, A. S. *et al.* Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 182-190, maio/jun. 2019.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: MS, jul. 2024. Número especial: Hepatites virais 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2024/view>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- BRASIL. Decreto n.º 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto n.º 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n. 27, p. 1, 7 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente. **Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar**: construindo um novo amanhã. Brasília, DF: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2025/diretrizes-nacionais-brasil-saudavel.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica n.º 369/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS**. Orientações sobre a atuação da(o) enfermeira(o) para a ampliação estratégica do acesso da população brasileira ao diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-369-2020-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view>. Acesso em: 23 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Informações para a gestão estadual do SUS 2023-2026**. Brasília, DF: Conass, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- GONZALEZ, M. P. *et al.* Carga de infecção por hepatite C no Brasil após a pandemia de covid-19 – uma abordagem de modelo matemático. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 27, p. 103070, 2023.
- MACHADO, H. M. B. *et al.* Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde doença da população. **Revista Contemporânea**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 6086-6102, 2023.

MENDIZABAL, M. *et al.* Increasing treatment uptake for chronic hepatitis B in South America: a comparative analysis of country-specific and WHO 2024 Guidelines. **Journal of Viral Hepatitis**, Oxford, v. 32, n. 6, p. e70035, 2025.

ROSITCH, A. F. Global burden of cancer attributable to infections: the critical role of implementation Science. **The Lancet Global Health**, Londres, v. 8, n. 2, p. e153-e154, 2020.

SOUSA, S. R. G. de *et al.* Overview of viral hepatitis: a current study. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 9, p. e446997443, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7443>. Acesso em: 26 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on person-centred viral hepatitis strategic information using data to support country scale-up of hepatitis prevention, diagnosis and treatment services**. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091313>. Acesso em: 26 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Criteria for validation of elimination of viral hepatitis B and C: report of seven country pilots**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362121/9789240055292-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021: towards ending viral hepatitis**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/246177>. Acesso em: 5 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries**. Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/4043391?v=pdf>. Acesso em: 23 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global hepatitis report, 2017**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/255016>. Acesso em: 23 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination**. Geneva: WHO, jun. 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341652/9789240028395-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 nov. 2024.

APÊNDICES

Apêndice A – Eixos norteadores da Estratégia de Eliminação

As ações necessárias para alcançar a eliminação das hepatites virais são diversas, complexas e interdependentes. Elas demandam planejamento estratégico da rede de assistência e vigilância e de mecanismos de governabilidade, além do engajamento da sociedade civil e da promoção de autonomia para os(as) usuários(as) do SUS. Para esse nível de coordenação, é importante que existam eixos estratégicos que orientem os processos, de forma que as ações necessárias possam ser localizadas e entendidas em relação ao todo.

Considerando as propostas construídas pela OMS e as particularidades do contexto brasileiro, três grandes eixos estratégicos foram estruturados para orientar o planejamento da estratégia de eliminação das hepatites virais no âmbito do SUS.

- **Eixo 1** – Cuidado integral, integrado e contínuo
- **Eixo 2** – Coleta e análise qualificada de dados
- **Eixo 3** – Fortalecimento social, estrutural e sistêmico

Esses eixos fundamentam a definição de ações prioritárias alinhadas aos objetivos de eliminação e adaptadas às necessidades locais.

Eixo 1 – Cuidado integral, integrado e contínuo

O primeiro eixo da estratégia compreende as ações direcionadas para a promoção do cuidado universal, integral e equitativo às pessoas com hepatites virais crônicas, desde a prevenção até o acompanhamento pós-tratamento, passando por todas as intervenções diagnósticas e terapêuticas necessárias. Esse cuidado deve ser:

1. **Integral**, entendendo o indivíduo em seu contexto completo, sem fragmentação, garantindo o acesso do(a) usuário(a) a todos os níveis de cuidados da rede de atenção à saúde.
2. **Integrado**, utilizando estruturas existentes e adaptando-as às hepatites virais, aproveitando similaridades e respeitando diferenças entre condições.
3. **Contínuo**, garantindo uma sequência lógica e harmoniosa em todas as etapas de cuidado, desde a prevenção até o acompanhamento, para minimizar obstáculos.

Ações prioritárias

- a. **Testagem integrada:** como proposta para aumentar a proporção de diagnósticos para hepatites virais, oferecer testagem para pessoas que serão submetidas a outros exames, como testes rápidos de HIV e sífilis, analisando o contexto de vulnerabilidade e exposição de cada pessoa.
- b. **Testagem voluntária de parcerias sexuais e contatos domiciliares:** oferecer testagem aos contatos de usuários(as) já diagnosticados, para prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento oportunos.
- c. **Prevenção da transmissão vertical:** priorizar medidas contra a transmissão de mãe para filho, seguindo protocolos existentes de testagem e vacinação.
- d. **Promoção da vacinação para hepatite B:** sensibilizar a população sobre a importância da vacinação contra a hepatite B e elaborar estratégias para aumentar a cobertura vacinal em crianças e adultos.
- e. **Oferta facilitada de tratamento após o diagnóstico:** encaminhar rapidamente o indivíduo diagnosticado para avaliação e tratamento. As possíveis barreiras de acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento devem ser mapeadas e mitigadas para que a eliminação das hepatites virais seja factível e efetiva. É preciso que os mecanismos de referência e contrarreferência sejam eficientes, evitando atrasos no tratamento ou a perda de seguimento.
- f. **Prevenção e cuidado integral da doença avançada e câncer hepático:** monitorar e promover o acesso a cuidados especializados para complicações graves. Garantir ao(à) usuário(a) o itinerário terapêutico integral, desde os mecanismos de prevenção, os testes de rastreamento e o diagnóstico até o tratamento de complicações da doença.
- g. **Promoção do cuidado integral:** considerar a multicausalidade do processo saúde-doença e a complexidade de cada usuário(a) a fim de atenuar os impactos causados e promover o cuidado integral da pessoa. Considerar os determinantes sociais no processo saúde-doença, além do uso abusivo de álcool ou substâncias psicoativas e doenças metabólicas no manejo da doença hepática.

- h. Prevenção primária:** facilitar o acesso da população tanto às informações sobre formas de prevenção primária quanto aos insumos necessários. Isso inclui informações sobre saúde sexual, métodos de barreira, sensibilização sobre vacinação para hepatite B, entre outras intervenções.
- i. Redução de danos para pessoas que usam drogas:** garantir a distribuição sistemática de seringas e agulhas para pessoas que usam drogas injetáveis. Essa é uma medida de grande impacto, que já se mostrou bem-sucedida em outros países. O uso de drogas, assim como o uso compartilhado de equipamentos utilizados na autoadministração de substâncias, são vias comuns de transmissão de hepatite C, podendo também transmitir o vírus da hepatite B.
- j. Biossegurança no cuidado em saúde:** assegurar a adesão rigorosa às práticas de biossegurança nos procedimentos de saúde, como na coleta de material biológico, administração de medicamentos injetáveis, transfusão de sangue, instalação de dispositivos e acessos, procedimentos cirúrgicos e invasivos ou qualquer outro procedimento de risco.
- k. Eliminação do estigma e discriminação:** combater todas as formas de preconceito e discriminação associadas às vias de transmissão das hepatites virais. Essa ação evita a perda de seguimento e o afastamento da pessoa com hepatites virais do serviço de saúde.

Eixo 2 – Coleta e análise qualificada de dados

O monitoramento e avaliação do andamento do Plano de Eliminação das Hepatites Virais e dos seus impactos devem ser guiados por indicadores e metas. Com isso, é fundamental que se fortaleçam os mecanismos de vigilância e coleta de dados relacionados aos diversos momentos do cuidado. Isso permite a geração de dados confiáveis, necessários para uma análise realmente qualificada.

Ações prioritárias

- a. Fortalecimento e integração dos sistemas de informação:**
 - Garantir a eficiência e a fidelidade dos dados coletados pelos sistemas existentes.

- Melhorar a qualidade dos dados para suportar análises, planejamento e tomada de decisão efetiva.
- Promover a incorporação de tecnologias e iniciativas inovadoras para aprimorar as ações voltadas às hepatites virais.

b. Monitoramento centrado no indivíduo:

- Implementar um monitoramento que permita análises detalhadas e personalizadas, como a construção de cascatas de cuidado.
- Desenvolver ou integrar sistemas de informação para captar detalhes específicos de cada usuário(a), identificando falhas e aprimorando a estrutura de cuidado.
- Levar as medidas de prevenção e assistência até os indivíduos e não esperar que estes procurem a unidade de saúde.

c. Reavaliação periódica dos indicadores e metas:

- Assegurar acesso contínuo a dados atualizados e realizar ajustes nos sistemas de informação conforme necessário.
- Avaliar a qualidade dos dados e a adequação dos indicadores de impacto, utilizando indicadores substitutos quando apropriado.
- Considerar a repactuação de metas para refletir mudanças no contexto e nos dados coletados.
- Fomentar a realização de pesquisas que fortaleçam as estratégias de prevenção, controle e eliminação das hepatites virais.

Eixo 3 – Fortalecimento social, estrutural e sistêmico

As ações necessárias para alcançar a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública demandam o suporte de diversas estruturas em nível administrativo e social. Portanto, gestores e sociedade civil devem atuar de forma integrada para promover abordagem sistêmica e estrutural que possibilite a implementação dos eixos estratégicos. É importante que sejam propostos mecanismos administrativos que permitam boa integração entre atenção primária e especializada, oferta eficaz dos serviços disponíveis, qualificação dos profissionais e participação de organizações da sociedade civil.

Ações prioritárias:

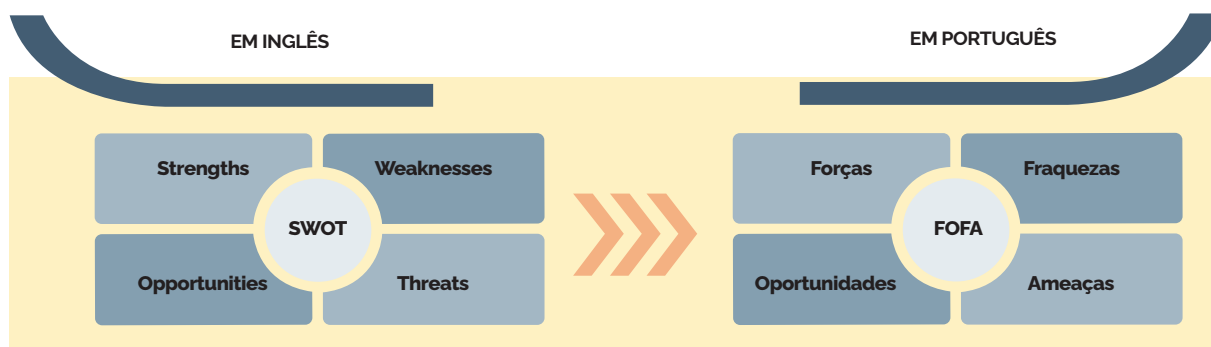
- a. Integração entre a APS e a atenção especializada:** compartilhar responsabilidades entre a atenção primária e a atenção especializada. A evolução dos tratamentos para hepatites B e C possibilita que a atenção primária assuma responsabilidades antes exclusivas da atenção especializada, o que pode melhorar a eficiência e a acessibilidade do cuidado. Nesse sentido, torna-se necessário garantir a implementação da linha de cuidado contínuo das hepatites virais nas rotinas de serviços de saúde.
- b. Descentralização do cuidado:** descentralizar o cuidado das hepatites virais, considerando a implementação da linha de cuidado. Isso permite adaptar as intervenções às necessidades locais e características dos indivíduos, facilitando o acesso equitativo e eficiente em diversas regiões, tendo em vista os aspectos culturais e geográficos. A APS, por seu alto grau de capilaridade no território e por ter como atribuição a longitudinalidade do cuidado, mostra-se uma potente ferramenta para execução dessa estratégia.
- c. Qualificação de profissionais de saúde:** garantir a educação permanente em saúde e a educação continuada, medidas essenciais para a qualificação e aprimoramento dos(as) profissionais de saúde envolvidos no cuidado das pessoas com hepatites virais.
- d. Sensibilização social:** desenvolver campanhas publicitárias e ações sociais para aumentar a conscientização e sensibilização da população sobre as hepatites virais, destacando a importância da testagem focalizada e ações de prevenção, incluindo a vacinação para hepatites A e B.
- e. Engajamento da sociedade civil:** empoderar organizações sociais e lideranças comunitárias para ampliar o alcance das ações de saúde, incluindo sensibilização, testagem e participação na formulação de políticas.

Apêndice B – A utilização da matriz FOFA para realizar o diagnóstico situacional das hepatites virais nos serviços de saúde

Fazem parte do planejamento o mapeamento e a análise de pontos fortes e fracos, bem como das suas causas, em toda a cadeia de execução das ações em saúde, o que possibilita detectar riscos de exposição a determinados problemas e elaborar estratégias eficazes.

Existem diversas ferramentas para a identificação de pontos fortes e fracos em um determinado serviço. Utilizaremos, como exemplo, a **Matriz SWOT** ou **Matriz FOFA**, muito empregada no planejamento estratégico, que permite a análise de cenários para a tomada de decisão.

Figura A – Matriz SWOT ou Matriz FOFA



Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

Considerando a Matriz FOFA, os cenários das Forças e das Fraquezas se referem ao que se pode observar no âmbito interno, enquanto as Oportunidades e as Ameaças dizem respeito ao ambiente externo, como será melhor detalhado mais adiante.

O que cada cenário permite avaliar, em relação aos serviços de saúde?

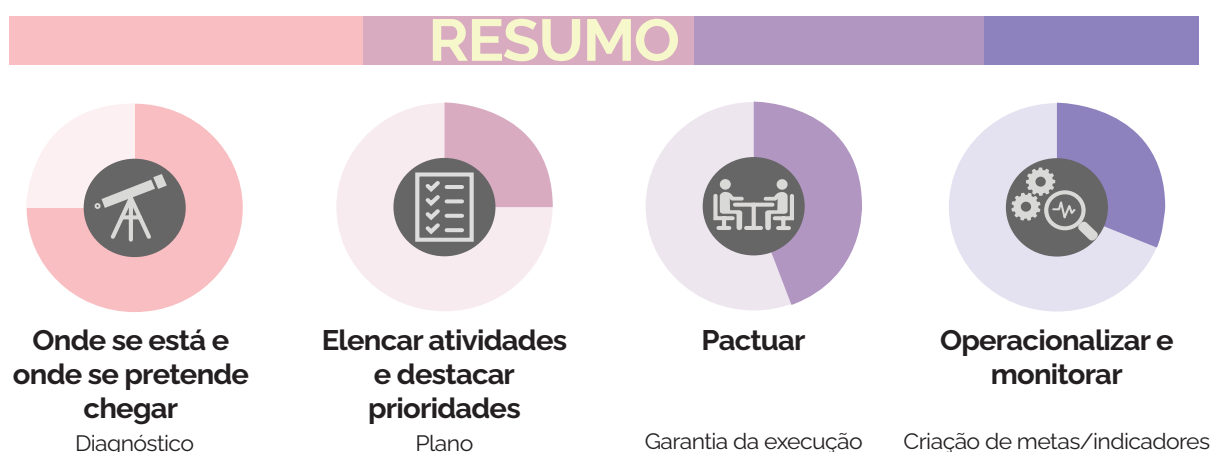
- > **Forças:** as vantagens do serviço que podem ser alavancadas para melhorar a eficácia.
- > **Oportunidades:** elementos externos que impactam positivamente no serviço.
- > **Fraquezas:** problemas internos que necessitam ser corrigidos para otimizar a prestação de serviços.
- > **Ameaças:** desafios externos que requerem ajustes para minimizar impactos.

Apêndice C – A metodologia 5W2H como ferramenta para auxiliar na elaboração do Plano de Eliminação das Hepatites Virais no território

A utilização da metodologia 5W2H apresenta-se como importante ferramenta para apoiar o processo de organização e planejamento das ações que poderão ser construídas e implementadas nos territórios e fortalecer gestores(as) e profissionais de saúde na tomada de decisão. Com base nessa proposta de metodologia, considera-se que as ações a serem implementadas permeiam reflexões acerca das sete circunstâncias a seguir descritas, expressas na forma de questões, cujas respostas nortearão o processo de elaboração do plano de ação, auxiliando na compreensão da realidade local.

- >> **What?** (O quê?): defina as ações específicas.
- >> **Why?** (Por que?): justifique cada ação.
- >> **Where?** (Onde?): indique os locais de implementação.
- >> **Who?** (Quem?): identifique as pessoas responsáveis.
- >> **When?** (Quando?): estabeleça os prazos.
- >> **How?** (Como?): descreva os procedimentos.
- >> **How Much?** (Quanto custa?): estime os custos.

Figura C – Metodologia 5W2H para a elaboração do Plano de Eliminação



Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

Apêndice D – Planilha com atribuições das esferas de governo

Legenda: X = esfera inserida na ação; AMARELO = responsável pela ação/insumo; VERDE = apoio na ação/insumo.			
FASE I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL			
AÇÕES	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Definir escopo do Plano de Eliminação das Hepatites	X	X	X
Elaborar planilha de diagnóstico situacional	X	X	X
Preencher planilha de diagnóstico situacional		X	X
Analisar a planilha de diagnóstico situacional	X	X	X
Estimar o número de usuários(as) SUS para cada infecção	X	X	X
Elaborar a lista preliminar de recursos humanos e materiais necessários	X	X	X
FASE 2 – PREPARAÇÃO E PLANEJAMENTO PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS			
AÇÕES	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Elaborar material para capacitação de profissionais	X	X	X
Avaliar o perfil epidemiológico do município	X	X	X
Elaborar documento com o mapeamento da oferta de serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais B, C e D	X	X	X
Identificar barreiras e potencialidades no acesso ao cuidado integral em hepatites virais	X	X	X
Identificar o itinerário terapêutico para as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais	X	X	X
Estabelecer estratégias para solucionar as lacunas identificadas na atual linha de cuidado	X	X	X
Desenhar proposta com todas as etapas da linha de cuidado, itinerário terapêutico e fluxo de serviços a ser seguido em cada uma das comunidades durante o projeto	X	X	X
Definir os(as) responsáveis pela execução das ações em cada etapa da linha de cuidado, itinerário terapêutico e fluxo de serviços a serem executados durante o projeto	X	X	X

continua

continuação

AÇÕES	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Elaborar o Planejamento Estratégico Situacional (problemas detectados, estratégias, atividades, resultados desejados e metas, indicadores e responsáveis)	X	X	X
Estabelecer condutas e orientações para o caso de testagem reagente para HIV e/ou sífilis	X	X	X
Revisar a lista de recursos humanos e materiais	X	X	X
Elaborar o cronograma de execução	X	X	X
Capacitar profissionais de saúde	X	X	X
FASE 3 – EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS			
AÇÕES	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Realizar ações educativas sobre hepatites virais		X	X (apresentar resultados)
Realizar testagem rápida: anti-HCV, HBsAg, teste treponêmico (sífilis) e anti-HIV		X	X
Inserir informações dos testes rápidos no Sisloglab		X	X
Avaliar situação vacinal da população para hepatite B		X	X
Avaliar situação vacinal da população abaixo de 5 anos para hepatite A		X	X
Vacinar a população abaixo de 5 anos não vacinada para hepatite A		X	X
Vacinar as pessoas suscetíveis à infecção pelo HBV que tiveram teste negativo		X	X
Proceder com a solicitação de exames confirmatórios e complementares ao diagnóstico de hepatites virais, quando necessário		X	X
Inserir informações no GAL		X	X
Coletar amostras para exames confirmatórios e complementares ao diagnóstico de hepatites virais, quando necessário		X	X
Transportar as amostras para realização do exame de carga viral		X	X
Transportar as amostras para realização de exames hematológicos e bioquímicos		X	X
Realizar exames de carga viral		X	X

continua

continuação

AÇÕES	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Processar exames hematológicos e bioquímicos		X	X
Avaliar os resultados dos exames		X	X
Realizar cálculo Apri para o tratamento da hepatite C, quando necessário		X	X
Realizar exame de avaliação de fibrose com Fibroscan, quando necessário		X	X
Realizar a consulta médica		X	X
Prescrever o medicamento		X	X
Preencher formulário de solicitação de medicamentos		X	X
Registrar a solicitação de medicamentos		X	X
Dispensar os medicamentos		X	X
Registrar a dispensação dos medicamentos		X	X
Acompanhar o paciente em tratamento das hepatites B e C		X	X
Realizar carga viral de usuários(as) SUS tratados(as) para hepatite C de acordo com as orientações do PCDT		X	X
Estabelecer o monitoramento de usuários(as) SUS diagnosticados(as) com HBV ou HDV		X	X
Estabelecer acesso ao tratamento contínuo para hepatites B e D		X	X
INSUMOS E RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS – Preliminar	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Unidade fluvial com estrutura adequada para as atividades propostas, SE NECESSÁRIO			X
Equipe para condução da unidade fluvial, SE NECESSÁRIO			X
Combustível para a unidade fluvial, SE NECESSÁRIO			X
Alimentação para os(as) profissionais de saúde que atuam na unidade fluvial, SE NECESSÁRIO			X
1 (um) agitador tipo vórtex		X	X

continua

continuação

INSUMOS E RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS – Preliminar	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
1 (uma) centrífuga para separação do plasma		X	X
1 (uma) geladeira para acondicionamento da amostra biológica		X	X
1 (uma) geladeira para acondicionamento de kits/insumos		X	X
1 (um) computador com acesso à internet para utilizar o GAL (cadastro da solicitação, digitação e liberação de resultados) e o Sisloglab (logística de insumos)		X	X
Equipamentos de proteção individual, exigidos para a manipulação de amostras biológicas		X	X
Insumos para coleta (seringas, abocath/jelco, tubos, algodão, micropore etc.)	X (Sigtap)	X	X
Teste rápido – anti-HCV	X		
Teste rápido – HBsAg	X		
Teste rápido – treponêmico (sífilis)	X		
Teste rápido – anti-HIV	X		
Anti-HDV (laboratorial)	X	X	X
Carga viral – HBV/DNA	X		
Carga viral – HCV/RNA	X		
Carga viral – HDV/RNA (<i>in house</i>), SE DISPONÍVEL	SE DISPONÍVEL		
Exames hematológicos e bioquímicos	X (Sigtap)	X	X
Tratamentos para hepatite C	X		
Tratamentos para hepatite B	X		
Tratamentos para hepatite D	X		
Estrutura para dispensação dos tratamentos para hepatites		X	X
Vacina hepatite B	X		
Vacina hepatite A	X		

continua

continuação

INSUMOS E RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS – Preliminar	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Médico(a)		X	X
Farmacêutico(a)		X	X
Enfermeiro(a)		X	X
Técnico(a)/auxiliar de enfermagem		X	X
Agentes comunitários(as) de saúde		X	X
Técnicos(as) aptos à coleta e ao processamento das amostras biológicas na unidade fluvial, SE NECESSÁRIO		X	X
Técnicos(as) executores dos exames, quando realizados na unidade fluvial ou em laboratórios de referência		X	X
FASE 4 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO			
ANÁLISE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Averiguar se os indicadores foram atendidos	X	X	X
Rediscutir os indicadores, se necessário	X	X	X
Identificar as principais dificuldades no processo de implementação do projeto	X	X	X
Identificar possíveis mudanças no percurso de implementação	X	X	X
Rediscutir as estratégias e atividades, se necessário	X	X	X

continua

conclusão

FASE 5 – RELATÓRIO DE ATIVIDADES			
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO	MS	ESTADO	MUNICÍPIO
Descrever os resultados finais com base no planejamento estratégico e no processo de monitoramento e avaliação	X	X	X
Pontuar as principais dificuldades identificadas no processo de implementação	X	X	X
Descrever os pontos positivos da implementação	X	X	X
Sugerir alterações na proposta do projeto	X	X	X
Apresentar resultados em reunião virtual com gestores(as) municipais, estaduais e federais	X	X	X

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

Legenda: MS = Ministério da Saúde; SUS = Sistema Único de Saúde; GAL = Gerenciador de Ambiente Laboratorial; Sisloglab = Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais; HBV = vírus da hepatite B; HCV = vírus da hepatite C; HDV = vírus da hepatite D; PCDT = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas; Sigtap = Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

Clique aqui e responda à pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

