



Aspectos que fragilizam o acesso das pessoas com hepatites virais aos serviços de saúde^a

Aspects that weaken access of people with viral hepatitis to healthcare services

Aspectos que debilitan el acceso de la persona con hepatitis virales a la atención em servicios de salud

Josué Souza Gleriano^{1,2}

Lucieli Dias Pedreschi Chaves¹

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Universidade do Estado de Mato Grosso. Tangará da Serra, MT, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos que fragilizam o acesso à atenção às hepatites virais. **Método:** pesquisa avaliativa, desenvolvida no Estado de Mato Grosso, com os gestores da Secretaria de Estado de Saúde e os profissionais dos serviços de referência. Para a coleta de dados realizaram-se entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo, na vertente temática e, para a discussão as dimensões do modelo de análise de acesso universal aos serviços de saúde. **Resultados:** a dimensão política apresenta pouca participação da gestão federal e estadual na proposição de diretrizes, coordenação e pactuação. Na dimensão econômico-social o baixo investimento na rede pública e a dificuldade de fixação de profissionais especialistas. Na dimensão organizacional a regulação do acesso, da assistência e a logística do tratamento sofrem com as barreiras geográficas, além do baixo uso do monitoramento e a avaliação. Na dimensão técnica a pouca formação profissional e a ausência de projeto compartilhado em rede. Na dimensão simbólica os fatores culturais, de crença, valores e subjetividade interferem no acesso. **Conclusão e implicações para a prática:** os resultados colaboram para direcionar ações de enfrentamento, almejando alcançar as metas pactuadas para a Agenda 2030.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Gestão em Saúde; Hepatite Viral Humana; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the aspects that weaken the access to viral hepatitis care. **Method:** evaluative research, developed in the State of Mato Grosso, with managers of the State Health Department and professionals from reference services. For data collection, interviews were conducted. Content analysis was used in a theme-based approach and, for the discussion, the dimensions of the analysis model of universal access to health services. **Results:** The political dimension presents little participation of federal and state management in the proposition of guidelines, coordination, and pacts. In the economic-social dimension, the low investment in the public network and the difficulty in hiring specialist professionals were identified. In the organizational dimension, the regulation of access, assistance, and the logistics of treatment suffers from geographic barriers, besides the low use of monitoring and evaluation. In the technical dimension, the little professional training and the absence of a shared network project were noticed. In the symbolic dimension, cultural factors, beliefs, values, and subjectivity interfere with access. **Conclusion and implications for the practice:** the results collaborate to direct confrontation actions, aiming to reach the goals agreed upon for the 2030 Agenda

Keywords: Comprehensive Health Care; Health Management; Health Services; Human Viral Hepatitis; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: analizar los aspectos que debilitan el acceso a la atención a las hepatitis virales. **Método:** investigación evaluativa, desarrollada en el Estado de Mato Grosso, con los gestores del Departamento de Salud del Estado y los profesionales de los servicios de referencia. Para la recolección de datos fueron realizadas entrevistas, se utilizó el Análisis de Contenido, en el aspecto temático, y para discutir las dimensiones del modelo de análisis de acceso universal a los servicios de salud. **Resultados:** la dimensión política presenta poca participación de la administración federal y estatal en la propuesta de lineamientos, coordinación y acuerdo. En la dimensión económico-social la baja inversión en la red pública y dificultad para fijar profesionales especializados. En la dimensión organizacional, la regulación de la logística de acceso, asistencia y tratamiento sufren con las barreras geográficas, además del bajo uso de monitoreo y evaluación. En la dimensión técnica poca formación y ausencia de proyecto compartido en red. En la dimensión simbólica los factores culturales, la creencia, los valores y la subjetividad interfieren en el acceso. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los hallazgos colaboran para reflejar las acciones de afrontamiento destinadas a alcanzar los objetivos acordados para la Agenda 2030.

Palabras clave: Atención Integral de la Salud; Gestión de la Salud; Hepatitis Viral Humana; Servicios de Salud; Sistema Único de Salud.

Autor correspondente:

Josué Souza Gleriano
E-mail: josuegleriano@unemat.br

Recebido em 05/09/2022.
Aprovado em 14/04/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0334pt>

INTRODUÇÃO

A hepatite viral humana é um termo que se refere à inflamação do fígado provocada por uma infecção viral de agentes etiológicos distintos na sua característica fisiopatológica e epidemiológica, com um ponto em comum o hepatotropismo, sendo atualmente delimitadas em cinco tipos de vírus, sendo o Vírus da Hepatite A (HAV), da Hepatite B (HBV), da Hepatite C (HCV), da Hepatite D (HDV) e da Hepatite E (HEV).^{1,2}

Considerada mundialmente um importante problema de saúde pública, a hepatite viral humana é uma doença crônica e silenciosa, diagnosticada na maioria das pessoas em estágio avançado, e acomete grupos com maior vulnerabilidade ao risco de infecção, com desigualdade no acesso aos serviços de saúde que ofertam testagem, exames e programas de prevenção.³ Cerca de 257 milhões de pessoas, no mundo, que vivem com infecção crônica pelo vírus da hepatite B e 71 milhões de pessoas com infecção pelo vírus da hepatite C desconhecem que tem a infecção e, estimativas apontam que, aproximadamente, 57% dos casos de cirrose hepática e 78% dos casos de câncer primário do fígado são resultados da infecção pelos vírus das hepatites B e C.⁴

No Brasil, de 2000 a 2021, foram confirmados 718.651 casos de hepatite viral humana. Destes, 168.175 (23,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 264.640 (36,8%) de hepatite B, 279.872 (38,9%) de hepatite C e 4.259 (0,6%) de hepatite D.⁵ A região Nordeste concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,1%), na região Sudeste as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,2% e 58,4%, respectivamente, e a região Norte acumula 73,7% do total de casos de hepatite D (ou Delta).⁵ De 2000 a 2020, em relação aos óbitos, foram registrados 82.169 por causas básicas e associadas às hepatites dos tipos A, B, C e D, sendo 1,6% à hepatite viral A; 21,3% à hepatite B; 76,2% à hepatite C e 0,9% à hepatite D.⁵ O Estado de Mato Grosso, ocupa o nono lugar na incidência de casos de hepatite A, o sétimo lugar para hepatite B, o décimo para hepatite C,⁵ porém, a organização regional da rede de serviços, de testagem e de referência ao tratamento, alinhada às questões geográficas e de aspectos demográficos, que inclui indígenas, ribeirinhos e quilombolas torna o estado um cenário peculiar no tocante às hepatites virais.⁶

Cabe reconhecer os avanços nas últimas décadas que permeiam as ações de implementação das medidas preventivas, desde a imunização por meio de vacinas até a estratégia de imunização passiva, no entanto o campo com maior ênfase tem sido o desenvolvimento do tratamento, considerado promissor e eficaz, para algumas formas de hepatites.⁷ Há um movimento internacional que propõe uma atenção especial a uma agenda estratégica para fortalecer a resposta dos Sistemas de Saúde (SS) à atenção à hepatite viral humana, por meio de ações para deter a transmissão, fortalecer o acesso ao diagnóstico e garantir o tratamento,^{8,9} com esforços para reduzir as novas infecções em 90% e baixar a mortalidade em 65%.⁸ No Brasil, desde a criação do Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV), no Sistema Único de Saúde

(SUS), existem estratégias de enfrentamento a esse agravo, que permeiam por ênfase da prevenção, e mais recentemente em diretrizes de organização da rede de atenção.

Em síntese é possível evidenciar que no campo da hepatite viral humana os maiores desafios que ainda permeiam as ações de vigilância em saúde são, em relação à infecção pelo HAV, as questões socioeconômicas relacionadas à água potável e ao saneamento, a baixa imunização vacinal na infância e o monitoramento de casos de transmissão de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e alimentos contaminados; pelo HBV a prevalência em relação ao sexo, pela ingestão de álcool e a obesidade predispondo a maior progressão da doença, os casos de transmissão e o seu monitoramento em população-alvo prioritária, a necessidade de encontrar os marcadores genéticos, além do registro da baixa cobertura vacinal; pelo HCV fora às manifestações já conhecidas a taxa de Resposta Viroológica Sustentada (RSV), após Agentes de Ação Direta (AAD), ser superior a 97%, ainda um grupo pequeno de 4-5% não consegue erradicar o HCV, a necessidade de compreender melhor a relação ao transplante de doadores, o risco de carcinoma hepatocelular após o tratamento com AAD e o investimento em estudos para a vacinação; pelo HDV ampliar o conhecimento do curso da coinfeção ou superinfecção por HBV e HDV, a imunidade inata, o investimento em estudo para o tratamento, pois, ainda continua sendo difícil tratar o HDV; pelo HEV reconhecer as ações de estratégias de detecção em matrizes ambientais e alimentares, monitoramento nos hemoderivados e atenção à forma aguda, que tem manifestado um problema crescente, além das complicações extra-hepáticas e a ausência de uma vacina, apesar de um relato pioneiro na China, porém, com pouca evidência para o uso.¹⁰

Um dos desafios dos SS diz respeito à prevenção e ao controle das hepatites virais, principalmente pela dinâmica dos programas e serviços de saúde, por isso o uso da avaliação para enfrentar esse agravo, torna-se pertinente. Em relação às condições clínicas de atenção a hepatite viral humana existe uma vasta produção científica consolidada, no entanto, o compromisso dos SS quanto à organização da atenção para o enfrentamento e a necessidade de ações da gestão em saúde para a elaboração de estratégias referentes às metas internacionais, ainda é um campo a ser explorado. Ao tecer as orientações descritas na Agenda 2030¹¹ para o Desenvolvimento Sustentável, com base nas considerações realizadas, acredita-se ser relevante analisar os aspectos que fragilizam o acesso à atenção às hepatites virais.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa,¹² com base no método misto sequencial,^{13,14} justificado pela sua assimetria temporal entre a coleta de dados quantitativos e qualitativos dando ao pesquisador caminhos promissores para examinar os aspectos que exigem uma melhor compreensão do objeto.

A pesquisa⁶ foi desenvolvida no Estado de Mato Grosso, que é o terceiro maior do país em extensão territorial, possui seis macrorregiões e dezesseis Regiões de Saúde (RS), tendo

sua escolha justificada pelas características de descentralização da gestão e do processo de regionalização,¹⁵ das questões geográficas e demográficas e de condição da distribuição dos serviços que podem limitar o acesso.

Em consulta aos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no segundo semestre de 2020, foram mapeados os serviços de referência para atenção às hepatites virais nas RS. Optou-se por selecionar a RS considerada com maior quantidade e heterogeneidade de serviços de referência, entendidos como capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. A RS sul mato-grossense atendeu aos critérios, ressalta-se que a RS possui maior densidade populacional, sete serviços para a atenção às hepatites virais, sendo que seis participaram do estudo. A exceção foi o serviço alocado na penitenciária, cujas condições de organização da atenção requeriam uma abordagem específica.¹⁶

Os participantes foram os responsáveis pela gestão em saúde da área de hepatites virais da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) e profissionais responsáveis técnicos de serviços, a saber, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e/ou Serviço de Assistência Especializada (SAE), de uma RS. O critério de inclusão foi de estar, por no mínimo há seis meses desenvolvendo a função no serviço e, a exclusão foi dos profissionais ausentes do serviço por qualquer justificativa.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista individual semiestruturada composta de duas partes: uma relativa à caracterização profissional e outra solicitando que o entrevistado, a partir de situações vivenciadas em seu cotidiano na gestão, relatasse os aspectos que potencializariam a organização e a articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção às hepatites virais. O roteiro foi submetido à validação de face e à aplicação de pré-teste. Os participantes foram contatados via e-mail e telefonema. Após oficializarem o aceite por e-mail e enviarem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi agendada a entrevista em data, plataforma digital (*Whatsapp, Google meet ou Zoom*), e horário indicado pelo participante. Ressalta-se que a coleta de dados foi *on-line* em decorrência das medidas adotadas durante a pandemia do coronavírus.

Utilizou-se além do roteiro, uma vinheta para facilitar a abordagem ao participante.¹⁷ As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, foram realizadas pelo pesquisador responsável, entre agosto de 2020 a janeiro de 2021. É importante frisar que além do emprego das técnicas escolhidas, as observações do pesquisador durante a entrevista foram registradas em um diário de campo. O material foi transcrito pelo pesquisador e conferido por outro pesquisador, o participante foi identificado pela letra P seguido pelo numeral arábico, de acordo com a ordem cronológica crescente das entrevistas.

Para a sistematização e a análise dos dados utilizou-se a análise temática,¹⁸ que seguiu o processo de impregnação, com a leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até o domínio do conteúdo das entrevistas, permitindo elencar as percepções e o contexto, as particularidades de cada entrevista. Após a leitura

vertical, centrada nas particularidades de cada entrevista, foi realizada a leitura horizontal do conjunto dos relatos, permitindo estabelecer as relações entre os depoimentos e o significado que adquiriram no contexto. Procurou-se identificar os aspectos recorrentes, contraditórios e antagônicos. Agrupou-se o conteúdo conformando os núcleos de sentido, e foi definida as categorias de análise, que especialmente neste estudo apresentam-se os aspectos que fragilizam o acesso à atenção às hepatites virais.

O modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde¹⁹ foi adotado para guiar a sistematização da apresentação dos resultados e, em interface, fomentar a discussão a partir das evidências constatadas a cada item que corresponde às dimensões. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE: 01481918.0.0000.5393 e instituição coparticipante CAAE: 01481918.0.3001.5164.

RESULTADOS

Doze informantes-chave foram considerados elegíveis, entretanto, nove aceitaram participar. A maior frequência dos participantes é do sexo feminino, sete (77,7%), de cor branca, seis (66,6%), na faixa etária entre 50 a 60 anos, quatro (44,4%), com formação em Enfermagem, quatro (44,2%), com nível de especialização, oito (88,8%), sendo que dois profissionais possuem mestrado. A contratação com maior frequência é pelo regime estatutário, sete (77,8%) e com mais de três anos de atuação no serviço, oito (88,2%).

O Quadro 1 apresenta os principais achados compilados a partir da análise das dimensões do acesso.⁶

Quanto ao nível de concordância das análises mostra-se que foram superiores a 75% em todas as dimensões⁶. Nos pontos de discordância, ponderou-se a postura do Ministério da Saúde na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), do CIS em assumir o espaço de instrumentos de gestão e distanciar a coordenação pela gestão estadual, SES-MT e ERS; a disponibilidade suficiente de médicos especialista na rede; a resistência da APS em assumir a descentralização da testagem, além da redução de especificidade de ações para diagnosticar a população prioritária. Não houve discordância em relação aos itens da dimensão simbólica.

DISCUSSÃO

Na **dimensão política**, as diretrizes e políticas formuladas de modo inadequado, bem como os problemas de coordenação de ações no nível federal, principalmente em países de baixa e média renda, alinhados ao financiamento e às lacunas de conhecimento, carência de dados e de estudos para subsidiar os programas de atenção aos grupos vulneráveis²⁰ são os principais desafios para estabelecer uma adequada assistência integral à saúde para o enfrentamento das hepatites. A falta de dados para subsidiar as ações focais aos grupos vulneráveis, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e pacientes coinfectados com HIV, prisioneiros, profissionais do sexo ²¹ é um limitador para se pensar na microeliminação.

Quadro 1. Aspectos que fragilizam o acesso à atenção as hepatites virais na região sul mato-grossense, Mato Grosso, Brasil, 2021.

DIMENSÃO DE ANÁLISE: POLÍTICA		
Aspectos analisados	Principais resultados	Principais estratos de falas dos informantes-chave
Acompanhamento do processo (PNHV) Pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal)	<p>Âmbito federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde frágil à formulação de diretrizes para a organização da rede de atenção. - As hepatites não é um tema de relevância na agenda das políticas públicas de saúde. - O PNHV ainda não fomentou a universalização e a equidade no acesso. 	<p><i>“Tem indução política, e que o Ministério tem seus carros-chefes de doenças. Temos muitos protocolos para a hepatite, para garantir o tratamento, mas não para organizar a atenção”. P7</i></p> <p><i>“As hepatites nunca foram pauta de prioridade nos discursos do Ministério”. P8</i></p>
	<p>Âmbito estadual e regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de acompanhamento da coordenação estadual e do Escritório Regional de Saúde (ERS) na pactuação da rede de atenção e organização dos fluxos assistenciais. - O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) não mostrou potencialidade de monitoramento para qualificar a rede de atenção. - A contratação do médico pelo CIS mostrou, em alguns momentos, a descontinuidade por falta de pagamento. 	<p><i>“Não tem a presença da SES acompanhando nosso trabalho, nem mesmo a do ERS”. P3</i></p> <p><i>“Não participo das articulações da gestão na Secretaria Municipal de Saúde ou no ERS, eles apenas verificam se tem vaga”. P6</i></p> <p><i>“O médico é pago por produção, são contratados como pessoa jurídica. Tivemos que suspender as consultas por alguns dias, por conta de contrato ou de pagamento”. P5</i></p>
	<p>Âmbito municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotatividade de gestores, na esfera municipal, e nos serviços de saúde, mostrou influência na direção das ações para a atenção às hepatites. 	<p><i>“A mudança de prefeito atrapalha ou ajuda, porque cada gestor vem com um entendimento”. P3</i></p> <p><i>“Nas mudanças de gestores eu vi que perdemos o que tínhamos”. P4</i></p> <p><i>“Troca prefeito e já troca as coordenações. Cada um vem com seu jeito”. P8</i></p>
DIMENSÃO DE ANÁLISE: ECONÔMICO-SOCIAL		
Aspectos analisados	Principais resultados	Principais estratos de falas dos informantes-chave
Investimentos na rede pública pela esfera de poder e nível de complexidade Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas um médico especialista para atender a rede de dezenove municípios. - Não se projetou uma política de atração e fixação de médicos especialistas para atender as hepatites, mesmo com a descentralização de SAE na região. - Baixo quantitativo de recursos humanos, principalmente nos CTA. - Grande parte dos municípios da RS não possuem serviços de testagem. 	<p><i>“Descentralizou dois SAE, mas não consegui médico para assumir as hepatites”. P9</i></p> <p><i>“Não avançamos para ser microrregional porque precisamos de médico que fique no programa”. P7</i></p> <p><i>“É um infectologista para atender a rede de dezenove municípios”. P6</i></p> <p><i>“Sou somente eu que faço a testagem aqui. Se sair em atividade extramuro a demanda fica sem testagem”. P7</i></p> <p><i>“Aqui temos um CTA e ainda não conseguimos testar todos, imagine onde não tem”. P3</i></p> <p><i>“São poucos os municípios da RS que tem testagem”. P5</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de testagem não tem acompanhado a expansão populacional dos municípios. - O suporte do município para o transporte do paciente depende do orçamento municipal e da disponibilidade de veículo. - Estrutura física dos CTA limita a realização de ações em grupos e restringe o atendimento. 	<p><i>“O crescimento populacional da cidade e a quantidade de teste realizado, ainda é pouco se for comparar”. P7</i></p> <p><i>“Tem dificuldade com o transporte, às vezes perde a consulta por falta ou por questão financeira”. P5</i></p> <p><i>“O CTA é uma sala do lado da unidade de saúde”. P9</i></p>
DIMENSÃO DE ANÁLISE: ORGANIZACIONAL		
Aspectos analisados	Principais resultados	Principais estratos de falas dos informantes-chave
Porta de entrada Fluxo do atendimento Barreiras geográficas Regulação/ Referência/ Contrarreferência Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na descentralização da testagem. - O serviço de referência, CTA, encaminha mais rapidamente o usuário com diagnóstico confirmado do que a APS. - Múltiplos fluxos nos municípios até o usuário receber o diagnóstico. - Ausência da definição de uma governança regional. - A centralidade para realizar os exames confirmatórios e consultas indica uma barreira geográfica. 	<p><i>“É para realizar teste rápido na saúde da família, mas está um impasse. Muita resistência dos enfermeiros”. P4</i></p> <p><i>“A orientação para os pacientes é que toda vez que o médico pedir exame marca aqui com a gente, porque se ele for pela APS demora 30 a 40 dias”. P7</i></p> <p><i>“A carga viral ela é feita às seis horas da manhã. É desgastante para o paciente que precisa sair de seu município para estar aqui nesse horário. O mesmo acontece com as consultas e com o acompanhamento”. P6</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão estadual ausente do processo de regulação da assistência. - Não fica claro para os serviços de saúde a responsabilidade dos entes federados na gestão da assistência. - O serviço de referência regional não participa da análise da rede de atenção e acompanhamento/monitoramento. - Para o transplante não ficou claro o fluxo do usuário na rede de atenção da RS. 	<p><i>“A regulação é via CIS eu não sei dizer de demanda de espera”. P5</i></p> <p><i>“Desde que o CIS assumiu o CTA parou de acompanhar as pessoas com hepatites”. P4</i></p> <p><i>“Nós não fazemos um serviço integrado com a rede”. P6</i></p> <p><i>“O transplante é o primeiro caso. Eu não sei dizer como acontece ainda”. P6</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Logística de acesso ao tratamento é um dos principais problemas, principalmente para a hepatite C. - Não há uma coordenação dos serviços para monitorar o acesso do usuário ao tratamento. - Existe fragilidades de comunicação entre a dispensação da medicação, nos municípios, com os usuários que aguardam o medicamento. 	<p><i>“A dificuldade é a logística para o medicamento. Temos muitos casos de pacientes irregulares, pacientes que descontinuaram a medicação, por conta da burocratização”. P6</i></p> <p><i>“Depois que encaminha para a farmácia de alto custo, nós o SAE não fazemos monitoramento”. P6</i></p> <p><i>“Tivemos casos de paciente que a medicação dele estava no município, eles não avisaram o paciente”. P6</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Não há monitoramento pelos serviços de saúde que encaminharam usuários à referência. - Gestão do CIS não avalia a coordenação do cuidado na rede. - Não fica claro se a APS ou o programa de atenção às hepatites assume o acompanhamento do usuário no município. - Avaliação do serviço, do processo de trabalho e da atenção prestada não é realizada nos serviços de saúde. 	<p><i>“O monitoramento ficou solto. É mais o paciente que vai lá para reclamar de algo ou porque está passando mal”. P4</i></p> <p><i>“Dificuldade é o acompanhamento do paciente. Alguns mudam de cidade, outros param o tratamento”. P8</i></p> <p><i>“Participamos de algumas avaliações da rede que foram feitas pelo Ministério, mas percebe que é mais de infraestrutura do que da qualidade”. P6</i></p> <p><i>“Eu não trabalho aqui com avaliação, isso fica por conta da SES como também o planejamento das metas”. P5</i></p>

Fonte: Os autores.⁶

Quadro 1. Continuação...

DIMENSÃO DE ANÁLISE: TÉCNICA		
Aspectos analisados	Principais resultados	Principais estratos de falas dos informantes-chave
Acolhimento Vínculo Competência/ Habilidade Autonomia Compromisso Projeto terapêutico compartilhado - equipe e usuário Qualidade da atenção	- Necessidade de equipes capacitadas para assumir a atenção às hepatites. - O enfrentamento às hepatites não é rotineiro nos serviços de saúde. - O diagnóstico tardio, é uma realidade. - Pouca ação estratégica para identificar os usuários precocemente e a população chave/vulnerável.	<i>"Seria de nossa competência atender hepatites, porque somos um SAE, mas não temos equipe capacitada". P9</i> <i>"Se não tiver uma equipe de treinamento e suporte não vai descentralizar. Tem médicos na APS e no SAE que não sabe ler um marcador no resultado de hepatite". P5</i> <i>"Não tem uma rotina para as hepatites". P8</i> <i>"A prevenção fica com o município. Cerca de uns 80% dos nossos diagnósticos são tardios". P6</i> <i>"Não significa que onde tem um CTA não venha pessoa com diagnóstico tardio". P5</i>
DIMENSÃO DE ANÁLISE: SIMBÓLICA		
Aspectos analisados	Principais resultados	Principais estratos de falas dos informantes-chave
Cultura Crenças Valores Subjetividade	- Cultura, crença, valores e subjetividade contribuem para reduzir o acesso à testagem e influenciam o tratamento. - O usuário possuir alguma sintomatologia faz ele procurar a testagem. - Desconhecimento das ações que os serviços oferecem. - Postura do profissional de saúde.	<i>"Tem pessoas que não vem aqui por medo. A cidade é pequena, vai que vê entrando na minha sala". P3</i> <i>"O teste da hepatite é mais quando vem fazer exame do HIV". P8</i> <i>"As pessoas geralmente não sabem que tem hepatite, quando chega aqui já está grave". P9</i> <i>"Teve uma senhora que tinha parado o tratamento porque começou a tomar chá". P5</i> <i>"Muitos pacientes não sabem que existe esse serviço, que tem testes gratuitos e acessíveis". P7</i>

Fonte: Os autores.⁵

Cabe destacar que é a partir do modelo de atenção adotado e a organização dos serviços de saúde, no SS, que poderá ser produzida uma resposta com resolubilidade. No SUS, a discussão da atenção nas RAS é uma oportunidade para ampliar a assistência integral à saúde e potencializar a articulação da descentralização da gestão em saúde. No entanto, organização da atenção das hepatites, no SUS, tem mostrado uma pulverização descoordenada de serviços que não se efetivam enquanto uma rede que favoreça o acesso equitativo.²² Assim, para ampliar as ações pactuadas para a agenda 2030 precisará assumir um debate efetivamente federativo para não se limitar a uma organização setorial.

No espaço de análise das RS é importante destacar a composição dos municípios. No caso da RS sul mato-grossense eles são de pequeno e médio porte, conjuntura que, historicamente, tem projetado as celebrações de CIS. Os resultados deste estudo corroboram com a própria limitação que os estudos sobre esse modelo de pactuação já expunha, as dificuldades de se constituírem arranjos cooperativos horizontais.²³ O distanciamento da SES-MT e do ERS na gestão pactuada amplia essas limitações e fragilizam o processo gerencial do SUS.

Entende-se que, pelo exposto na dimensão política, o enfrentamento das hepatites virais requer lideranças capazes de promover as estratégias de agendas nos espaços colegiados, capazes de promover um amplo investimento no monitoramento da redução de novas infecções, com a proposta de ampliar em 90% e baixar a mortalidade em 65%,⁸ respeitando a ampliação da conscientização, da garantia do tratamento e de estudos que subsidiem o avanço em tecnologias de diagnósticos/tratamento, com o respaldo no acesso equitativo à atenção preventiva e clínica.^{8,9,11}

Esse conjunto de diretrizes internacionais que subsidiam as ações de enfrentamento às hepatites, precisa perpetuar a agenda de lideranças da gestão com olhar cauteloso aos contextos de organização dos serviços de saúde nos SS, alinhando as estratégias para pautar esse agravo na agenda política dos SS, como considerada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS),¹¹ a serem alcançados até 2030.

Na **dimensão econômico-social** os informantes-chave apresentaram fatores que representam o investimento da rede pública, relativos à infraestrutura dos serviços e o quantitativo de recursos humanos, mostrando principalmente, a baixa capacidade de resposta do CTA em ações da saúde na comunidade. A redução das equipes do CTA em apenas um funcionário mostra a baixa capacidade de atuação na prevenção,²⁴ inclusive se efetivar a proposta de que o CTA assumirá a responsabilidade de matriciamento do usuário com a APS.

Recomenda-se que os países com baixa e média renda, para garantir produção de serviços de saúde em escala à atenção às hepatites, foquem na relação custo-benefício da testagem aos grupos de alto risco.²⁵ Essa estratégia tem sido realizada em país em desenvolvimento como a Tailândia²⁶ e, em países desenvolvidos como a Alemanha²⁷ e Austrália.²⁸ Em países que introduziram esquemas de seguro saúde com base no nível socioeconômico, o desembolso do usuário para o pagamento da testagem e do tratamento é um limitador.^{29,30}

No Brasil, por meio do SUS, sistema público, universal e capilarizado em todo o território nacional, a atenção às hepatites está respaldada em diretrizes do PNHV e pode ser um exemplo com consideráveis chances de experiências exitosas no enfrentamento. No entanto, a pouca dispersão de SAE em regiões estratégicas fragilizam a garantia do acesso ao medicamento, à

continuidade do tratamento e agrava-se ainda mais quando o SAE não consegue atender às hepatites, como foi o caso da RS estudada. A demografia médica, principalmente na Amazônia Legal³¹ e a centralidade para o diagnóstico e o tratamento que não consideram aspectos geográficos e socioeconômicos ampliam as limitações para o acesso.^{10,22}

A aproximação da coordenação estadual do PNHV com os profissionais técnicos que coordenam os serviços de referência, nas RS e a gestão colegiada das RS é essencial para permitir as abordagens capazes de elaborar as ações práticas de aporte da gestão estadual para a política de investimento na formação de recursos humanos em saúde, de projetos de capacitação, como também a aproximação de centros de ensino e de pesquisa para ampliar as conexões capazes de potencializar a prática profissional e minimizar os vazios assistenciais.

Na **dimensão organizacional** reconhece-se que, mundialmente, os sistemas de saúde têm demonstrado fragilidades na organização de fluxos assistenciais que garantam a assistência integral à saúde às hepatites, principalmente na garantia do encaminhamento ao especialista.³² Esse fato expõe a diminuição da capacidade de resposta com o impacto na qualidade de vida do usuário, por aumento da incidência de formas crônicas, que levarão ao transplante e o risco de doenças oportunistas.³³

As fragilidades de descentralização da testagem na APS evidenciadas neste estudo corroboram para uma extensa agenda de diálogos setoriais capazes de implementar as estratégias propostas para ampliar a testagem por meio do primeiro nível de atenção. Internacionalmente, confirma-se a diretriz de investir na APS como estratégia para ampliar o enfrentamento das hepatites, mas mesmo em países como Dublin, Londres, Bucareste e Sevilha registrou-se a necessidade de melhorar a coordenação da atenção.³⁴

No SUS, a logística para distribuir o tratamento tem sido uma das principais limitações após o diagnóstico do usuário. As idas e vindas na rede de atenção é uma constatação, inclusive para os transplantados.³⁵ A tentativa em descentralizar o diagnóstico e o tratamento para a APS é uma oportunidade de reduzir a perda no acompanhamento do tratamento, pois muitos casos de perda estão relacionados à distância até os serviços de saúde e o custo com o transporte.

Para o SUS, configura-se como importante a coordenação do cuidado pela APS, principalmente nos municípios de pequeno porte, no acompanhamento dos pacientes em tratamento. A participação da equipe multiprofissional no nível primário de atenção, por meio do apoio à terapêutica, principalmente quando o paciente retorna à casa,³⁶ avança no potencial da gestão do cuidado para garantir a continuidade e a coordenação do atendimento ao paciente e da família com hepatite.³⁷

Ao considerar os fundamentos que sustentam a RAS, em específico a suficiência, o acesso e a disponibilidade de recursos a diretriz dada pela publicação da Portaria n° 1.537/2020³⁸ tonifica as atribuições da APS no PNHV, principalmente ampliando a atuação do enfermeiro, por meio da Nota Técnica n° 369/2020.³⁹ No entanto, deve-se reconhecer que esses usuários, em especial

os com manifestação crônica da doença, apresentam complicações extra-hepática, com manifestação emocional e cognitiva prolongadas, além da necessidade de investigação clínica decorrente do tratamento.⁴⁰ Nesse sentido, é pertinente o investimento no monitoramento da atenção por meio das competências clínicas de atuação dos profissionais da rede e a garantia de suporte aos especialistas em tempo oportuno de resposta às demandas da APS.

Estrategicamente a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem atuado em cooperação internacional, desde 2015, para a mudança do componente para a lista de Medicamentos Essenciais (ME), sendo que no Brasil, desde a publicação da Portaria GM/MS n° 1.537⁴¹ caminha-se para reduzir os entraves burocráticos que limitam o acesso. Contudo, vale pontuar que é por meio de articulação federativa que a rede opera para dar suporte à atenção, sendo prioritário as pactuações em instâncias colegiadas.

Na **dimensão técnica** a organização do processo de trabalho para o planejamento de ações que caminhe para a microeliminação das hepatites ainda é um desafio. Poucos serviços atuam com enfoque de abordagem em populações vulneráveis. No Brasil, ainda é precário o acesso aos serviços públicos de saúde em comunidades quilombolas,⁴² indígenas⁴³ e ribeirinhas.⁴⁴ Sob esse enfoque tem sido unânime a recomendação de expandir a busca ativa na APS. No entanto, estudos^{45,46} evidenciam o alto encaminhamento dos médicos da APS para os serviços de especialidades, principalmente nos casos de hepatite B e C, sinalizando a necessidade de investimento na formação para a abordagem clínica.

Ao considerar a ampliação da atuação do enfermeiro³⁹ e por essa categoria profissional ter assumido a gerência de unidades da APS, é relevante uma qualificação da sua formação, desde a sua graduação, no intuito de ampliar para além das competências gerenciais, a abordagem clínica à atenção, no intuito de avançar nas propostas de descentralização da atenção às hepatites.⁶

As experiências internacionais citam a ampliação da capacitação clínica com a supervisão de especialistas,⁴⁷ além da participação da Enfermagem em consolidar as diretrizes de prática avançada.⁴⁸ A atuação do enfermeiro inserido na condução do modelo de cuidado mostrou que as respostas são promissoras e positivas, como no programa *HepCare Europe*,⁴⁹ e em países como Austrália,⁵⁰ Nova Zelândia,⁵¹ e no estado americano de Maryland.⁵²

A telessaúde tem sido utilizada para fortalecer a tomada de decisão clínica sobre as condutas terapêuticas às hepatites e a formação e o avanço na proposta de educação permanente, além de mostrar as oportunidades de integração virtual ao acompanhamento do tratamento. O uso da telessaúde para ampliar a atenção às hepatites na Austrália foi para garantir um maior monitoramento do tratamento,⁵³ no México por fatores econômicos⁵⁴ e na Espanha para garantir o acesso ao especialista em população privada de liberdade.⁵⁵

Na **dimensão simbólica** cabe ressaltar que a adesão ao tratamento das hepatites possui uma relação com a bagagem

cultural e de crenças de grupo étnico,⁵⁶ além de população com os problemas de saúde mental, o uso abusivo de medicamentos, o consumo de álcool,⁵⁷ além do nível de conhecimento que o usuário possui e a interação dele com o profissional de saúde.⁵⁸

A pandemia da Covid-19 possibilitou expor com maior ênfase a necessidade de organização da RAS para atender com maior resolubilidade às necessidades sociais. Na atenção às hepatites constatou que no Estado de Mato Grosso, é urgente ampliar a coordenação do cuidado na prevenção e na promoção da saúde, para encarar a fragmentação da atenção frente ao diagnóstico, tratamento e monitoramento. Nesse sentido, a posição da gestão estadual é crucial para organizar os espaços de diálogo, fomentar a pactuação e investir na avaliação do acesso para oportunamente subsidiar a tomada de decisão.⁵⁹

As evidências constatadas na RS possuem características que são influenciadas pelos fatores expostos, que coadunam com o estigma, tanto no âmbito profissional que a depender da equipe não aborda determinados temas com a população, quanto dos próprios usuários do serviço, na busca pela realização da testagem. Nesse sentido, a desconstrução do estigma tem a ver com a superação do processo de trabalho orientado pelo modelo biomédico, ao considerar acolhimento, integralidade, empatia e outros elementos que auxiliam a promover estratégias que potencializam a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento do serviço de saúde.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As afirmações pontuadas até o momento subsidiam uma análise para a gestão sobre as ações estratégicas com foco prioritário nos serviços de saúde, além de elementos que contribuem para a elaboração de estratégias que levem em consideração as peculiaridades regionais e de equipes, principalmente em um país como o Brasil, de vasta extensão territorial e uma diversidade cultural. É consenso que para ampliar a abordagem das hepatites, em uma perspectiva que ampliem a assistência integral à saúde, na estrutura política em um sistema estadual de saúde deverá considerar: a falta de conscientização sobre a hepatite na comunidade; a reduzida oferta de material de testagem, conseqüentemente, o subfinanciamento para essa área; o pouco conhecimento da abordagem clínica nos que executam os cuidados de saúde colaborando para a fragmentação nos níveis de atenção; a dificuldade de acesso aos medicamentos; a redução do estigma, e a ampliação das leis locais ou nacionais sobre as drogas ilícitas.

A Enfermagem, protagonista na responsabilidade técnica em diferentes serviços de atenção às hepatites possui interface com as ações de planejamento para responder às metas pactuadas para a agenda 2030, por isso, trata-se de alinhar os recursos que potencializem, nas condições diversas de organização da rede de atenção, capacidade de conectar os serviços e ampliar a testagem com a incorporação do monitoramento e a avaliação como ferramentas da gestão da atenção.

Ao considerar a dinamicidade e a peculiaridade do acesso à atenção às hepatites virais, em um estado com características geo-políticas-sanitárias tão heterogêneas quanto o Mato Grosso, apreende-se que o estudo apresenta limitações no tocante à seleção de somente uma RS e da opção de pontuar apenas informantes-chave da gestão e dos serviços, que mesmo sendo um recorte pontual da seleção de *stakeholders* não oportunizou dar voz aos usuários, que constataria os achados e poderia explicitar as maiores limitações do acesso, como também de estratégias utilizadas para vencê-las. Ainda assim, os resultados trazem contribuições relevantes para a prática assistencial e de gestão, subsidiando um olhar ampliado para o objeto de estudo.

A não investigação do acesso no contexto prisional, e, a não participação de três gestores considerados importantes para compreender o processo de gestão na SES-MT, principalmente por ocuparem cargos que confirmam a tomada de decisão, limitou as análises mais robustas sobre os aspectos da gestão estadual no processo regional; mas que para o objetivo proposto do estudo a abordagem dos informantes-chave que participaram possibilitou apresentar os resultados consistentes para o PNHV.

A partir dessa avaliação inicial, entende-se a contribuição da avaliação para o enfrentamento das hepatites virais, que estudos futuros devem adotar uma abordagem de métodos mistos, utilizando a articulação de diferentes técnicas para a coleta de dados, de modo a favorecer a captação de diferentes nuances do acesso. Considera-se que o uso do modelo de análise de acesso universal aos serviços de saúde é um desenho importante para apresentar as evidências do estudo, por possibilitar uma compreensão de diferentes aspectos, sistematizá-los em dimensões de análise, com respaldo às múltiplas considerações do acesso em um sistema de saúde, contribuindo para o entendimento do tema.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) referente à bolsa de doutorado concedido a Josué Souza Gleriano, Processo nº 165813/2018-0.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Coleta ou produção dos dados. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Análise de dados. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Interpretação dos resultados. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Aprovação da versão final do artigo. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Josué Souza Gleriano. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Rosa Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

- Xiang Z, Li J, Lu D, Wei X, Xu X. Advances in multi-omics research on viral hepatitis. *Front Microbiol*. 2022 set 2;13:987324. <http://dx.doi.org/10.3389/fmicb.2022.987324>. PMID:36118247.
- Cheung A, Kwo P. Viral hepatitis other than A, B, and C: evaluation and management. *Clin Liver Dis*. 2020 ago;24(3):405-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cld.2020.04.008>. PMID:32620280.
- Organización Panamericana de la Salud. La hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas 2016. Washington: OPS; 2016.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial da Hepatite 2020: Um Futuro Livre de Hepatite. Washington: OPAS/OMS; 2020.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais: 2022 [Internet]. Brasília: MS; 2022. Boletim Epidemiológico, no. esp. [citado 4 jul 2022]. p. 1-79. Disponível em: https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2022/08/boletim_hepatites_virais_2022_internet_003.pdf
- Gleriano JS. Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso - MT [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/T.22.2021.tde-22032022-152947>.
- Cooke GS. Decentralisation, integration, and task-shifting: tools to accelerate the elimination of hepatitis C. *Lancet Glob Health*. 2021 abr;9(4):e375-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00055-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00055-3). PMID:33639098.
- World Health Organization. Estrategia Mundial del Sector de la salud Contra Las Hepatitis Víricas 2016-2021. Hacia el fin de las Hepatitis Víricas. Ginebra: OMS; 2016.
- Organización Panamericana de la Salud. La hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas 2016. Washington: OPS; 2016.
- Pisano MB, Giadans CG, Flichman DM, Ré VE, Preciado MV, Valva P. Viral hepatitis update: Progress and perspectives. *World J Gastroenterol*. 2021 jul 14;27(26):4018-44. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v27.i26.4018>. PMID:34326611.
- Nações Unidas. Objetivos do desenvolvimento sustentável. Agenda 2030. Brasil: ONU; 2022.
- Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2016. p. 41-60.
- Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res*. 2013 dez;48(6 Pt 2):2134-56. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12117>. PMID:24279835.
- Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2011.
- Gleriano JS, Chaves LDP, Ferreira JBB, Forster AC. Processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de Mato Grosso. In: França R, Lima MAR, Kapitango-a-Samba KK, Rambo JR, Estevinho TAD, Sguarezi SB, et al. organizadores. Políticas públicas regionais: diálogos Norte, Centro-oeste e Nordeste. Curitiba: CRV; 2021. p. 189-228. <http://dx.doi.org/10.24824/978652510902.2.189-228>.
- Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (BR). Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2 jan. 2014.
- Braun V, Clarke V, Gray D. Coleta de dados qualitativos: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes; 2019.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
- Assis M, Jesus W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saúde Colet*. 2012 nov;17(11):2865-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
- Geboy AG, Nichols WL, Fernandez SJ, Desale S, Basch P, Fishbein DA. Leveraging the electronic health record to eliminate hepatitis C: screening in a large integrated healthcare system. *PLoS One*. 2019 maio 23;14(5):e0216459. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0216459>. PMID:31120906.
- Zimmermann R, Külper-Schiek W, Steffen G, Gillesberg Lassen S, Bremer V, Dudareva S et al. How to assess the elimination of viral hepatitis B, C, and D in Germany? Outcomes of an interdisciplinary workshop. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Jan;64:77-90. [German]. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-020-03260-2>.
- Almeida EC, Chaves LDP. Access to viral hepatitis care: distribution of health services in the Northern region of Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 1):E190008. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190008.supl.1>.
- Guimarães L. Política de Saúde em Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização. In: Müller No JS, Ticianel FA, organizadores. Curso de desenvolvimento gerencial do SUS: coletânea de textos. 2ª ed. Cuiabá: EdUFMT; 2015. p. 123-52.
- Haag CB, Gonçalves TR, Barcellos NT. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. *Physis*. 2013;23(3):723-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300004>.
- Morgan JR, Servidone M, Easterbrook P, Linas BP. Economic evaluation of HCV testing approaches in low and middle income countries. *BMC Infect Dis*. 2017 nov 1;17(Suppl 1):697. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-017-2779-9>. PMID:29143681.
- Posuwan N, Wanlapakorn N, Sintusek P, Wasitthanasem R, Poovorawan K, Vongpunsawad S et al. Towards the elimination of viral hepatitis in Thailand by the year 2030. *J Virus Erad*. 2020 jun 27;6(3):100003. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jve.2020.100003>. PMID:33251021.
- Krauth C, Rossol S, Ortsäter G, Kautz A, Krüger K, Herder B et al. Elimination of hepatitis C virus in Germany: modelling the cost-effectiveness of HCV screening strategies. *BMC Infect Dis*. 2019 dez 2;19(1):1019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-019-4524-z>. PMID:31791253.
- Dore GJ, Hajarizadeh B. Elimination of Hepatitis C Virus in Australia: Laying the Foundation. *Infect Dis Clin North Am*. 2018 jun;32(2):269-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2018.02.006>. PMID:29778255.
- Miller LS, Millman AJ, Lom J, Osinubi A, Ahmed F, Dupont S et al. Defining the hepatitis C cure cascade in an Urban health system using the electronic health record. *J Viral Hepat*. 2020 jan;27(1):13-9. <http://dx.doi.org/10.1111/jvh.13199>. PMID:31505088.
- Liu J, Liang W, Jing W, Liu M. Countdown to 2030: eliminating hepatitis B disease, China. *Bull World Health Organ*. 2019 mar 1;97(3):230-8. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.219469>. PMID:30992636.
- Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandao APD, Miotto BL et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP / CFM; 2020.
- Wade AJ, Veronese V, Hellard ME, Doyle JS. A systematic review of community based hepatitis C treatment. *BMC Infect Dis*. 2016 maio 16;16(1):202. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1548-5>. PMID:27184661.
- Bustamente DA, Serrano LCA, Duca WJ, Silva RF, Silva RCMA. Adaptação do instrumental de avaliação social em transplante hepático. *Arch Health Sci*. 2019;26(2):99-106. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.26.2.2019.1526>.
- Nic An Riogh E, Swan D, McCombe G, O'Connor E, Avramovic G, Macías J et al. Integrating hepatitis C care for at-risk groups (HepLink): baseline data from a multicentre feasibility study in primary and community care. *J Antimicrob Chemother*. 2019 nov 1;74(Suppl 5):v31-8. <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkz454>. PMID:31782502.

35. Knhis NS, Wachholz LF, Sens S, Amante LN, Mendes KDS. The experience of patients undergoing liver transplantation in the transition of care. *Rev Rene*. 2021;22:e61476. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212261476>.
36. Balkhy HH, El-Saed A, Sanai FM, Alqahtani M, Alonaizi M, Niazy N et al. Magnitude and causes of loss to follow-up among patients with viral hepatitis at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2017 jul-ago;10(4):379-87.; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2016.06.012>. PMID:27720641.
37. Tasca R, Carvalho W, Gomes R, Ventura I, Borges VP, Leles F et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: fortalezas e desafios emergentes das experiências apresentadas ao Prêmio “APS Forte para o SUS”. *APS*. 2020;2(3):198-212. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i3.145>.
38. Portaria nº 1.537, de 12 de junho de 2020 (BR). Dispõe sobre o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 12 jun. 2020 [citado 2022 jul 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1537_15_06_2020.html
39. Nota técnica N° 369/2020-CGAHV/. DCCI/SVS/MS (BR). 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. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 30 dez 2020 [citado 2022 jul 4]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/SEI_MS-0017958180-Nota-Tecnica.pdf
40. Forton D, Weissenborn K, Bondin M, Cacoub P. Expert opinion on managing chronic HCV in patients with neuropsychiatric manifestations. *Antivir Ther*. 2018;23(Suppl 2):47-55. <http://dx.doi.org/10.3851/IMP3245>. PMID:30451150.
41. Portaria nº 1.537, de 12 de junho de 2020 (BR). Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para incluir os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 15 jun. 2020: Seção 1:1.
42. Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *ODEERE*. 2020 jun 5;5(10):280-303. <http://dx.doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>.
43. Borges MFS, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2237-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12082018>.
44. Parmejiani EP, Queiroz ABA, Pinheiro AS, Cordeiro EM, Moura MAV, Paula MBM. Sexual and reproductive health in riverine communities: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03664. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019033103664>. PMID:33886896.
45. Thomson M, Konerman MA, Choxi H, Lok AS. Primary care physician perspectives on Hepatitis C management in the era of direct-acting antiviral therapy. *Dig Dis Sci*. 2016 dez;61(12):3460-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-016-4097-2>. PMID:26957497.
46. Bechini A, Levi M, Falla A, Ahmad A, Veldhuijzen I, Tiscione E et al. The role of the general practitioner in the screening and clinical management of chronic viral hepatitis in six EU countries. *J Prev Med Hyg*. 2016;57(2):E51-60. PMID:27582629.
47. Alberti A, Angarano G, Colombo M, Craxi A, Di Marco V, Di Perri G et al. Optimizing patient referral and center capacity in the management of chronic hepatitis C: lessons from the Italian experience. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2019 abr;43(2):190-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2018.09.007>. PMID:30377096.
48. Stanley K, Bowie BH. Comparison of hepatitis C treatment outcomes between primary care and specialty care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2021 jun 9;34(2):292-7. <http://dx.doi.org/10.1097/JXX.0000000000000621>. PMID:34115717.
49. McCombe G, Almaazmi B, Cullen W, Lambert JS, Avramovic G, Murphy C et al. Integrating primary and secondary care to optimize hepatitis C treatment: development and evaluation of a multidisciplinary educational Masterclass series. *J Antimicrob Chemother*. 2019 nov 1;74(Suppl 5):v24-30. <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkz453>. PMID:31782501.
50. Overton K, Clegg J, Pekin F, Wood J, McGrath C, Lloyd A et al. Outcomes of a nurse-led model of care for hepatitis C assessment and treatment with direct-acting antivirals in the custodial setting. *Int J Drug Policy*. 2019 out;72:123-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.013>. PMID:30967329.
51. Treloar C, Gray R, Brener L. A piece of the jigsaw of primary care: health professional perceptions of an integrated care model of hepatitis C management in the community. *J Prim Health Care*. 2014 jun 1;6(2):129-34. <http://dx.doi.org/10.1071/HC14129>. PMID:24892130.
52. Starbird LE, Budhathoki C, Han HR, Sulkowski MS, Reynolds NR, Farley JE. Nurse case management to improve the hepatitis C care continuum in HIV co-infection: Results of a randomized controlled trial. *J Viral Hepat*. 2020 abr;27(4):376-86. <http://dx.doi.org/10.1111/jvh.13241>. PMID:31750598.
53. Wade AJ, McCormack A, Roder C, McDonald K, Davies M, Scott N et al. Aiming for elimination: outcomes of a consultation pathway supporting regional general practitioners to prescribe direct-acting antiviral therapy for hepatitis C. *J Viral Hepat*. 2018 set;25(9):1089-98. <http://dx.doi.org/10.1111/jvh.12910>. PMID:29660212.
54. Pérez Hernández JL, Lehmann Mendoza R, Luna Martínez J, Torres Roldán JF, Chaidez Rosales PA, Martínez Arredondo HA et al. Chronic viral hepatitis C micro-elimination program using telemedicine. The Mexican experience. *Rev Esp Enferm Dig*. 2021 jun;113(6):432-5. <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2021.7829/2021>. PMID:33267593.
55. Cabezas J, Llerena S, Mateo M, Álvarez R, Cobo C, González V et al. Micro-elimination beyond prison walls: navigator-assisted test-and-treat strategy for subjects serving non-custodial sentences. *Diagnostics (Basel)*. 2021 maio 14;11(5):877. <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics11050877>. PMID:34068955.
56. Adjei CA, Stutterheim SE, Naab F, Ruiter RAC. Barriers to chronic Hepatitis B treatment and care in Ghana: a qualitative study with people with Hepatitis B and healthcare providers. *PLoS One*. 2019 dez 3;14(12):e0225830. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0225830>. PMID:31794577.
57. Pericot-Valverde I, Heo M, Niu J, Rennert L, Norton BL, Akiyama MJ et al. Relationship between depressive symptoms and adherence to direct-acting antivirals: implications for Hepatitis C treatment among people who inject drugs on medications for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2022 maio 1;234:109403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109403>. PMID:35306390.
58. Silva JVF, Nascimento Jr FJM, Rodrigues APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. *CBioS [Internet]*. 2014; [citado 2022 ago 31];2(1):165-7. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/1193>
59. Gleriano JS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Repercussões da pandemia por Covid-19 nos serviços de referência para atenção às hepatites virais. *Physis*. 2022;32(4):e320404. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312022320404>.

^a O estudo foi extraído da tese de doutorado “Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no Estado de Mato Grosso – MT”, de autoria de Josué Souza Gleriano. Orientação da Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Defesa: 2021.