

20 Anos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: Processo Histórico e Contribuições para a Gestão

Souza Gleriano, Josué
Dias Pedreschi Chaves, Lucieli
da Conceição Pantoja, Vencelau Jackson
Caminada, Sirlene

20 Anos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: Processo Histórico e Contribuições para a Gestão

Administração Pública e Gestão Social, vol. 15, núm. 3, 2023

Universidade Federal de Viçosa

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351575316007>

Artigos

20 Anos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: Processo Histórico e Contribuições para a Gestão

20 Years of the National Program for the Prevention and Control of Viral Hepatitis: Historical Process and Contributions to Management

20 Años del Programa Nacional para la Prevención y Control de las Hepatitis Virales: Proceso Histórico y Aportes a la Gestión

Josué Souza Gleriano

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

josuegleriano@unemat.br

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

dpchaves@eerp.usp.br

Vencelau Jackson da Conceição Pantoja

Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, Brasil

vencelaupantoja@gmail.com

Sirlene Caminada

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Brasil

sirlenecaminada@gmail.com

Recepción: 11 Junio 2022

Aprobación: 13 Febrero 2023

Publicación: 24 Agosto 2023



Acceso abierto diamante

Resumo

Objetivo da Pesquisa: organizar aspectos históricos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV) acerca de estratégias de gestão para analiticamente reconhecer ações de enfrentamento das hepatites virais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Enquadramento Teórico: referencial da análise de Políticas de Saúde que toma a abordagem do conteúdo político enquanto diretrizes, planos e programas, perpassando pela organização do sistema de saúde e seus diversos componentes que sustentam a legitimidade das ações propostas pelos agentes governamentais em relação ao PNHV.

Metodologia: estudo de análise documental de contexto sociopolítico e histórico com recorte temporal, desde a criação do PNHV (2002-2021), embasado em documentos do escopo dos marcos legais. A análise permitiu agrupar os achados em duas seções: a Implantação da política pública de atenção às hepatites: principais marcos e pressupostos analíticos e Estratégias para subsidiar a gestão no enfrentamento das hepatites virais.

Resultados: constatam-se avanços, principalmente na última década, quanto à extensão da vacinação à população, construção de diretrizes para apoiar a descentralização da atenção, com tentativas de organização de uma rede de atenção mais integrada. Há premência de ampliar o diálogo sobre a condução da gestão para fortalecer diretrizes que articulem uma rede de atenção à saúde respeitando os princípios do SUS.

Originalidade: expõe-se uma produção que sumariza importantes marcos legais e possibilita refletir sobre a gestão do SUS no enfrentamento das hepatites, mas também apresenta estratégias à gestão para potencializar o PNHV.

Contribuições Teóricas e Práticas: marca um contexto político de atuação do PNHV e sumariza considerações que podem contribuir para ampliar a capilaridade de serviços de saúde na rede de atenção, analisar o modelo de organização, além de pontuar a necessidade de investimento no quantitativo profissional qualificado, ou seja, aspectos que requererão forte atuação da gestão para alcance das metas pactuadas na agenda 2030.

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

Abstract

Research objective: to organize historical aspects of the National Program for the Prevention and Control of Viral Hepatitis (PNHV) about management strategies to anallyally recognize actions to cope with viral hepatitis in the Unified Health System (SUS).

Theoretical Framework: reference of the analysis of Health Policies that takes the approach of political content as guidelines, plans and programs, passing through the organization of the health system and its various components that support the legitimacy of the actions proposed by government agents in relation to the PNHV.

Methodology: documentary analysis study of sociopolitical and historical context with time frame, since the creation of the PNHV (2002-2021), based on documents of the scope of legal frameworks. The analysis allowed grouping the findings into two sections: the Implementation of the public policy of care for hepatitis: main milestones and analytical assumptions and Strategies to support management in coping with viral hepatitis.

Results: there have been advances, especially in the last decade, regarding the extension of vaccination to the population, building guidelines to support the decentralization of care, with attempts to organize a more integrated care network. There is a need to broaden the dialogue on the conduct of management to strengthen guidelines that articulate a health care network respecting the principles of the SUS.

Originality: it exposes a production that summarizes important legal milestones and makes it possible to reflect on the management of the SUS in coping with hepatitis, but also presents strategies to management to enhance the PNHV.

Theoretical and Practical Contributions: marks a political context of the PNHV's performance and summarizes considerations that can contribute to increase the capillarity of health services in the care network, analyze the organizational model, in addition to scoring the need for investment in qualified professional quantity, that is, aspects that will require strong management action to achieve the goals agreed in the 2030 agenda

Keywords: Human viral hepatitis, Health Management, Health services, Comprehensive health care, Unified Health System.

Resumen

Objetivo de la investigación: organizar aspectos históricos del Programa Nacional de Prevención y Control de las Hepatitis Virales (PNHV) sobre estrategias de manejo para reconocer las acciones para enfrentar la hepatitis viral en el Sistema Único de Salud (SUS).

Marco teórico: referencia del análisis de las Políticas de Salud que toma el enfoque de contenido político como directrices, planes y programas, pasando por la organización del sistema de salud y sus diversos componentes que apoyan la legitimidad de las acciones propuestas por los agentes gubernamentales en relación con la PNHV.

Metodología: estudio de análisis documental del contexto sociopolítico e histórico con marco temporal, desde la creación del PNHV (2002-2021), basado en documentos del alcance de los marcos legales. El análisis permitió agrupar los hallazgos en dos secciones: la Implementación de la política pública de atención a la hepatitis: principales hitos y supuestos analíticos y Estrategias para apoyar la gestión en el enfrentamiento de la hepatitis viral.

Resultados: ha habido avances, especialmente en la última década, en cuanto a la extensión de la vacunación a la población, construyendo directrices para apoyar la descentralización de la atención, con intentos de organizar una red de atención más integrada. Es necesario ampliar el diálogo sobre la conducta de la gestión para fortalecer las directrices que articulan una red de atención de salud respetando los principios del SUS.

Originalidad: expone una producción que resume hitos legales importantes y permite reflexionar sobre el manejo del SUS en el enfrentamiento de la hepatitis, pero también presenta estrategias de manejo para mejorar el PNHV.

Contribuciones teóricas y prácticas: marca un contexto político del desempeño de la PNHV y resume consideraciones que pueden contribuir para aumentar la capilaridad de los servicios de salud en la red de atención, analizar el modelo organizacional, además de puntuar la necesidad de inversión en cantidad profesional calificada, es decir, aspectos que requerirán una fuerte acción de gestión para alcanzar las metas acordadas en la agenda 2030

Palabras clave: Hepatitis viral humana, Gestión en Salud, Servicios de salud, Atención Integral de Salud, Sistema Único de Salud.

Introdução

No mundo, as hepatites virais representam importante problema de saúde pública por se caracterizarem como doença crônica e silenciosa, diagnosticadas na maioria das pessoas em estágio avançado. Cerca de 257 milhões de pessoas que vivem com infecção crônica pelo vírus da hepatite B e 71 milhões de pessoas pelo vírus da hepatite C desconhecem que têm 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 (OPAS, 2020). No Brasil, no período de 1999-2020, foram notificadas 254.389 pessoas com diagnóstico da hepatite B e 262.815 da hepatite C (BRASIL, 2021). Esse cenário epidemiológico é relevante e sinaliza aos Sistemas de Saúde (SS) a necessidade de ponderar diretrizes para gestão da atenção às hepatites, com incorporação de tecnologias assistenciais e gerenciais.

Acerca das condições clínicas de atenção às hepatites, há vasta produção científica consolidada, que em síntese é possível evidenciar questões socioeconômicas relacionadas à água potável e ao saneamento, baixa imunização vacinal na infância e o monitoramento de casos em população-alvo prioritária, de transmissão de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e alimentos contaminados e o baixo investimento em estudos para a vacinação e tratamento (Pisano *et al.*, 2021). No que se refere à responsabilidade e ao compromisso dos SS quanto à organização de diferentes recursos assistenciais para o enfrentamento das hepatites, tornar o acesso mais equitativo ao diagnóstico com a garantia ao tratamento ainda é um desafio nos SS, bem como a publicização de ações da gestão para favorecer protagonismo desse agravo na agenda da saúde.

Uma estratégia para pautar as hepatites virais na agenda dos SS foi considerá-las nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a serem alcançados até 2030. A Assembleia Mundial da Saúde, por meio da Estratégia Global do Setor de Saúde, propôs empreender esforços para reduzir novas infecções em 90% e baixar a mortalidade em 65%, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou para o período 2016-2021 ampliar a conscientização, incentivar avanços no tratamento, incrementar diagnósticos e outras tecnologias, além de reforçar a equidade em saúde (OMS, 2016). A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) propôs resposta integrada e ampla por meio do acesso equitativo à atenção preventiva e clínica por meio da capacidade de oferta de insumos laboratoriais para possibilitar o diagnóstico, a vigilância e a segurança nas transfusões do sangue e centros de hemodiálise (OPAS, 2016a).

Tem-se, então, um conjunto de diretrizes internacionais que subsidiam ações de enfrentamento às hepatites virais, mas faz-se necessário um olhar cauteloso aos contextos de organização dos serviços de saúde nos SS, do perfil de morbimortalidade, da oferta e uso de recursos que facilitam ou dificultam o acesso. No Brasil, desde a criação do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), em 2002, reconhecem-se diretrizes e ações na tentativa de organizar a atenção às hepatites no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, existe uma distribuição irregular de serviços de saúde para atenção às hepatites, que confronta cotidianamente as distâncias entre a incorporação de tecnologias avançadas ao diagnóstico e ao tratamento esbarrando na desigualdade do acesso exposto a questões da heterogeneidade socioeconômica, da organização da rede de atenção e fragilidade na diretriz política em conseguir ampliar a universalização do acesso, garantir a equidade e integralidade na atenção pública de saúde (Gleriano, 2021; Almeida *et al.*, 2019).

Nesse sentido, entende-se a relevância de políticas públicas para estabelecer diretrizes gerenciais e assistenciais que possam de maneira ordenada propor estratégias em diferentes cenários sanitários. Este estudo toma esse espaço de análise para unir esforços, a partir das constatações das diretrizes políticas de enfrentamento das hepatites no Brasil, tendo a reflexão de que o sistema público de saúde brasileiro é o único responsável pelo atendimento a esse agravo na rede de saúde. Assim, a repercussão das hepatites virais no cenário de saúde, a premência da ampliação do foco de atenção e a importância do SUS em favorecer a organização da atenção a esse agravo, para evitar/minimizar complicações decorrentes, justificam este estudo, que teve por objetivo organizar analiticamente aspectos históricos do PNHV acerca de estratégias de gestão para enfrentamento das hepatites virais no SUS.

Ressalta-se a contribuição deste estudo por conceber uma análise de políticas de saúde a partir da evolução do PNHV, estabelecendo conexões com o referencial da gestão de sistema e serviços de saúde para fomentar o diálogo ao enfrentamento das hepatites, como uma chance de constatar decisões perante as demandas que são técnicas, sociais e políticas, expondo contribuição para a política pública de saúde brasileira.

Sistema Único de Saúde e a gestão: um referencial de análise de Políticas de Saúde

Ao abordar a concepção ampliada da saúde, a partir de seus distintos modelos desde a elaboração à decisão, implementação e avaliação, chama a atenção a magnitude que o conceito de saúde ganha e ao mesmo tempo expõe a fragilidade estrutural de como as diretrizes e alocação de recursos delimitam as regras na relação entre o Estado e a sociedade. Nesse espaço, a gestão em saúde ocupa papel relevante em reconhecer as fragilidades e equacionar estratégias para qualificar os SS.

Na gestão de SS, quanto maior a ampliação do grupo de cobertura da atenção à população, dado os diferentes arranjos de organização para atender às múltiplas demandas dos determinantes de saúde, mais difícil é a coordenação, o monitoramento, a avaliação e o alinhamento às questões econômicas de sustentabilidade financeira. Considerando o foco do estudo nas estratégias de gestão, bem como os múltiplos e amplos aspectos acerca da gestão em saúde, é pertinente destacar que neste estudo compreende-se que

Gestão não diz respeito a um cargo ou pessoa, mas as interações, relações e pactuações institucionais de um conjunto de atores com poder para tomada de decisão acerca das agendas da política de saúde, incluindo a formulação de propostas, normas e legislações, priorização, discussão e operacionalização estratégica de ações técnicas, administrativas e políticas (Gleriano, 2021. p.37).

A análise de políticas públicas potencializa a gestão de um governo na ação e/ou na reflexão de sua ação, assim podem ser compreendidas na perspectiva de um ciclo, que perfaz desde o momento de sensibilização da pauta no ente público até o momento específico de materialização da política. As fases do ciclo de política pública, desde a agenda, a formulação, a implementação e a avaliação, constitui auxílio para organização metodológica em estudos de análise de políticas públicas podendo subsidiar a sua avaliação (Batista, Domingos & Vieira, 2021; Trevisan & Bellen, 2008).

No âmbito da gestão, a análise de políticas de saúde não é uma tarefa fácil, por isso talvez as abordagens teórico-metodológicas tenham uma escassez teórica e conceitual (Baptista, Azevedo & Machado, 2015), situação com maior força de evidência em países de renda média e baixa (GILSON *et al.*, 2018). O conhecimento científico, brasileiro, no campo da análise de políticas de saúde, evidencia referenciais teórico-metodológicos distintos, reconhecendo na abordagem o uso do institucionalismo histórico, do ciclo das políticas, do desenvolvimento ao longo do processo e da abordagem crítica ao pensamento estratégico (Baptista, Azevedo & Machado, 2015). No Brasil, ainda é necessário debruçar a atenção e ampliar o debate analítico sobre as concepções de enfoques, teorias e modelos na análise de políticas de saúde (Vaitsman, Ribeiro & Lobato, 2013).

Na área de pesquisa em políticas de saúde, distinguem-se duas abordagens centrais, a “Análise Política em Saúde”, que assume como objeto central a análise das relações de poder em saúde dentro e fora das instituições, e a “Análise de Políticas de Saúde”, que adota a abordagem do conteúdo político enquanto diretrizes, planos e programas, perpassando pela organização do sistema de saúde e seus diversos componentes que o sustentam (Teixeira & Silveira, 2016). Nesse aspecto, três noções distintas são estabelecidas: o *policy* (planos, diretrizes, programas), o *politics* (distribuição do poder e lutas em jogo) e, ainda, a noção de *polity* (dimensão estrutural ou do sistema, por vezes referida ao próprio Estado, reunindo o conjunto de normas constitucionais; sociedade política) (Santos & Teixeira, 2016).

No SUS, a acumulação política e técnica mostra-se com ênfase por conta do protagonismo no processo decisório relativo à formulação do planejamento. Assim, defende-se a importância de posicionar a gestão em estudos de políticas de saúde. Para aumentar o grau preditivo de uma análise que tenha a gestão do SUS

como objeto, a seleção dos *stakeholders* e suas arenas de negociação para o espaço decisório são importantes na análise de diferentes aspectos que compõem o Sistema. A adoção da teoria dos *stakeholders* (Freeman, 1983) colabora para compreensão dos atributos de uma avaliação. São identificadas três classes, os atores latentes, os expectantes ou os definitivos, sendo que o importante é verificar a análise da legitimidade, ou seja, das ações que são desejáveis, próprias e apropriadas de acordo com um sistema socialmente construído, o poder, identificado como uma relação entre atores sociais no alcance dos objetivos que eles desejam e a urgência que somente será considerada a partir de duas condições, a primeira quando uma relação ou reclamação é de caráter sensível ao tempo ou quando essa relação ou reclamação é importante ou crítica para o *stakeholder*.

Em pesquisas de análise de políticas e programas de saúde, a dinâmica de atores do campo da gestão no SUS, área técnica, cargos comissionados e gestão colegiada, exige atenção ao *stakeholder*, que mostra potencialidade para identificar legitimidade, poder e urgência em garantir princípios doutrinários e organizativos no processo de gestão (Pimenta *et. al.*, 2022, Gleriano 2021). Por isso, analisar esse campo dinâmico de atores que representa negociação é pertinente e peculiar ao mesmo tempo.

Diante do exposto, optou-se por utilizar a “Análise de Políticas de Saúde” para compreender o conteúdo que expressa as decisões do PNHV e suas diretrizes, emitidas pelo MS, dos planos e da estrutura do Programa no processo de descentralização da atenção, perpassando pela organização do sistema de saúde e seus componentes que o sustentam. Diante das categorias analíticas selecionadas para compreender o processo histórico, tomam-se as dimensões de *policy*, *politics* e *polity*.

Método

Trata-se de um estudo original de análise documental utilizado por possibilitar análise diversificada do conteúdo (Esperidião, 2018). Utiliza uma revisão narrativa de natureza qualitativa (Rother, 2007), de documentos pré-analisados (Figura 1), organizados e classificados no grupo de legislação estruturante, registros institucionais escritos e publicados pelo Ministério da Saúde (MS) e outros documentos pertinentes do conhecimento científico produzido a partir do escopo dos marcos legais do PNHV, com recorte temporal (2002-2021).

Utiliza-se o contexto sociopolítico e histórico (Sá-Silva, Almeida, & Guindani, 2009) das informações acerca do contexto histórico de imunização, da estrutura organizacional do PNHV e da rede de serviços de testagem e tratamento, como também os avanços a partir das orientações emitidas nos *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas .PCDT*) para enunciar as questões norteadoras: na perspectiva dos avanços e desafios, o que é possível capturar no recorte temporal dos marcos legais do PNHV? Quais são as estratégias, na dimensão da gestão no SUS, que podem contribuir para a análise política no enfrentamento das hepatites virais?

O texto foi organizado em eixos alinhados à literatura científica e construído segundo fundamentos da temática analisados a partir do referencial que subsidia a gestão de sistemas e serviços de saúde. O uso do referencial de análise de políticas de saúde (Teixeira & Silveira, 2016), os atores e os processos, contribuiu para indagar o porquê, para quem e por quem a política nacional de enfrentamento das hepatites foi elaborada, identificando os principais elementos mobilizadores e os seus resultados alcançados (Esperidião, 2018).

A organização da reflexão foi apresentada em duas seções: a Implantação da política pública de atenção às hepatites: principais marcos e pressupostos analíticos e Estratégias para subsidiar a gestão no enfrentamento das hepatites virais.

Não se pretende apresentar o impacto e os efeitos do PNHV, dos aspectos que são indesejados, até porque seria contrassenso tomar-se dessa ousadia apenas por um estudo de análise documental, mas pontuar elementos que são importantes no processo histórico e que representam nas relações de legitimidade poder e urgência. Trata-se de uma aproximação que poderá subsidiar provocações para novas investigações de campo.

Implantação da política pública de atenção às hepatites virais: principais marcos e pressupostos analíticos

A organização desse tópico segue a apresentação dos marcos em relação ao contexto histórico da imunização, a estrutura política e organizacional do PNHV e da rede de serviços de testagem e tratamento, como também os avanços a partir das orientações emitidas nos *PCDT*, sob o olhar dos planos e das diretrizes do Programa com o que se pode obter da distribuição do poder e das lutas em torno do enfrentamento das hepatites.

A documentação sobre a história das hepatites virais no Brasil antes do início do século XIX é considerada escassa, sendo que as ações de enfrentamento se deram sustentadas no modelo sanitarista por meio de vacinação em áreas específicas de populações prioritárias com suscetibilidade à hepatite B (Fonseca, 2010). Destaca-se a ação do MS do Brasil como o segundo país no mundo a realizar a vacinação em massa contra o vírus da hepatite B em áreas endêmicas (Blumberg, 2006), mas somente com a criação do SUS que o modelo de atenção se aprimora do campo da vigilância em saúde e de redes de serviços para organizar a atenção à saúde (Tofani *et al.*, 2021; Gleriano, 2021).

A atenção às hepatites no SUS, enquanto política pública, consolida-se desde a publicação do documento ministerial Hepatites Virais: o Brasil está atento em 2002 (Brasil, 2002d), que apresenta o PNHV e convoca os profissionais de saúde a conhecer a nova estrutura de atendimento desse agravo, abrindo publicação de manuais e sinalizando a necessidade do constante processo de discussão, avaliação e revisão de metas do Programa.

Nesses vinte anos do PNHV, o MS tem adotado estratégias relativas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das hepatites, o que configurou um direcionamento de uma política pública de saúde. Na Figura 1, é possível reconhecer os principais marcos históricos desse período.

Marcos legais, documentais, ações e eventos

Portarias	Conteúdo
2002 Portaria n.º 263/GM/MS	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios
2003 Portarias nº 860/SAS/MS	Institui a terapêutica para HBV.
Portarias nº 863/SAS/MS	Institui a terapêutica para HCV.
Portaria nº 2080/GM/MS	Atribui as competências das três esferas de gestão.
2011 Portaria nº 230/MS/SVS	Institui a CAMS
2017 Portaria de Consolidação Nº 5/GM/MS	Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde
2020 Portaria nº 1537 MS/GM	Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 para incluir medicamentos do PNHV no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.



Figura 1: Principais marcos do PNHV do período de 2002-2021

Fonte: elaborado pelos autores a partir de Hepatites virais: histórico das ações (Brasil, 2019a).

A oferta de imunização para prevenção de hepatite B antecede a criação do PNHV. A vacina da hepatite B foi paulatinamente incorporada ao calendário de imunização; em 1989, indicada para crianças do oeste do estado do Amazonas, depois gradualmente com o protagonismo da indução da política pública de saúde promovida pelo SUS, ofertada aos demais estados da região Norte do país; em 1992, recomendada para grupos prioritários; em 1993, oferecida às crianças com idade até quatro anos nos estados das regiões Sul e Sudeste; em 1998, recomendada para todas as crianças ao nascer, sendo incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação da Criança (Brasil, 2003a); em 2001, a oferta foi ampliada para a faixa etária de até 19 anos; em 2011, para pessoas de até 29 anos; a partir de 2013, foi disponibilizada às pessoas de até 49 anos; e desde 2016 tem sido destinada a toda a população, independente de idade ou condições de vulnerabilidade (Ximenes *et al.*, 2015). A vacinação contra hepatite A foi incorporada ao calendário nacional, em 2014, para as crianças entre 15 e 24 meses de vida e, em 2017, para crianças de 15 meses a 5 anos incompletos (Brasil, 2017a).

No mundo, estima-se ter evitado cerca de 310 milhões de casos de hepatite B, entre 1990 e 2020, comprovando sua importância em planos de eliminação nos SS (Cooke *et al.*, 2019). No SUS, o Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência pela capilaridade da oferta de vacinação em todo o território nacional, mas a cobertura vacinal para as hepatites ainda é heterogênea, tanto entre as faixas etárias quanto pelas regiões do país (Brito & Souto, 2020).

Iniciativas iniciais foram relevantes de política e gestão conduzidas para criar mecanismos de organização, articulação e integração de ações voltadas à prevenção e ao controle das hepatites. O reconhecimento das hepatites na lista nacional de doenças de notificação compulsória foi por meio da Portaria GM/MS nº 1.461/1999. A criação do PNHV pela Portaria GM/MS nº 263/2002 (Brasil, 2002a) com ênfase na prevenção, vigilância e assistência, em diferentes serviços de saúde, com definição da ampliação do acesso, da capacidade instalada dos serviços de saúde e dos centros de referência para o tratamento pautado na regulação, o acompanhamento e a avaliação. A publicação das Portarias SAS/MS nº 860/2002 e nº 863/2002 e do relatório de avaliação da Assistência às Hepatites Virais (Brasil, 2002b) desencadeou os primeiros passos da política pública de saúde, que direcionou o Plano Operacional do PNHV.

Nos vinte anos do PNHV, este foi supervisionado por quinze ministros da saúde e esteve na gestão de diferentes departamentos. O Programa no ato da sua criação estava vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS) no Departamento de Atenção Básica (DAB), tendo como seu coordenador Antônio Toledo Júnior. Em 2003, por meio da reestruturação ministerial (Brasil, 2003b), passou a incorporar o Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP) que integrava a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ficando nessa estrutura até 2009, tendo na coordenação do Programa Antônio Toledo Júnior (2003), Gerusa Figueiredo (2003-2007), Argemiro D'Oliveira Júnior (2008) e Ricardo Gadelha (2008-2009). Na reestruturação ministerial de 2010 (Brasil, 2010a), passou a integrar o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAVH), tendo na coordenação do Programa Ricardo Gadelha (2010), Jorge Eurico Ribeiro (2011-2013), Elisa Cattapan (2013-2014), Marcelo Naveira (2014-2016) e Gláucio Mosimann Júnior (2017-2018). Na reestruturação ministerial de 2019 (Brasil, 2019b), passou a integrar o Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), tendo na coordenação do Programa Gláucio Mosimann Júnior (2019-2020) e Ana Cristina Garcia Ferreira (2020-2022) (Davidian & Fonseca, 2022; Brasil, 2019a).

Desde 2005, a gestão o PNHV teve a responsabilidade de promover na estrutura da SVS, formalizada por meio da Portaria GM/MS nº 892/2005, um diálogo com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), responsável pelo fomento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, inclusive constata que a SVS passou a ser responsável pelos protocolos referentes ao PNHV (Davidian & Fonseca, 2022). A mudança do PN-DST/Aids para DIAHV

efetuava internamente uma demanda dos movimentos organizados da sociedade civil e de alguns gestores subnacionais para formalização de agendas estratégicas no MS que trabalhassem com a promoção e prevenção, diagnóstico, assistência, logística de medicamento e direitos humanos e sociedade civil. A inclusão do PNHV no *DCCI foi justificada para favorecer o maior enfoque das hepatites no conjunto das doenças crônico-transmissíveis*, com maior enfoque de vigilância em saúde, além de uma estratégia para pontuar investimentos de respostas globais (GHSS, 2022), na expectativa que o agravo se valesse do orçamento do Programa de Aids, por meio de Fundo Global, principalmente por conta da coinfeção (EB134/36). Promoveu discussão de temor das hepatites ficarem sob subordinação do HIV/Aids e da perda de foco em construir uma identidade capaz de dar visibilidade ao agravo, além dos receios de gestores e movimentos sociais do HIV/Aids na dissipação dos recursos (Davidian & Fonseca, 2022). Desde a criação do PNHV, optou-se por não associá-lo à dimensão de trabalho do Programa de HIV/Aids, no entanto existe constatação de que, na descentralização das ações no nível estadual, percebem-se casos em que a política sempre esteve à sombra do HIV/Aids (Gleriano, 2021).

Em 2005, com a criação da Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS), fomenta-se maior diálogo entre a gestão em saúde e os movimentos sociais, que se tornou, em 2011, uma instância consultiva na formulação de políticas de enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e hepatites, com forte pressão de resposta às demandas judiciais por acesso a novas terapias medicamentosas (Cibils, 2022). Na gestão interfederativa, a partir de 2008, intensifica-se a criação de coordenações nos estados e municípios com aproximação de ações discutidas com maior ênfase no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) por meio da Portaria SVS/MS nº 94/2008 (Brasil, 2008b), além de fóruns macrorregionais para consolidar uma atualização diagnóstica dos principais entraves do PNHV e aproximar estratégias para alinhar diretrizes políticas (Brasil, 2010b).

Para compreender a dinâmica do PNHV na cadeia decisória da gestão, será pertinente ampliar estudos qualitativos com os *stakeholders*, quem ocupou e ocupa o espaço de formulação e de implementação, mas, sobretudo, quais são os possíveis questionamentos que alteram decisões no âmbito da negociação em processos de decisões *multi-layering* e *multi-level*, capazes de revelar perspectivas e valores que contribuam para a implementação. Dessa forma, conceber modelos analíticos que olhem para esses atores torna-se essencial para matriz de análises futuras.

A divulgação da primeira edição do Boletim Epidemiológico de Hepatites, lançado em 2010, contribuiu para análise da dinâmica desse agravo nas Regiões de Saúde (RS), inclusive para evidenciar a necessidade do desenvolvimento de estudos de prevalência de base populacional (Bepa, 2007), além de incentivar as capacitações em vigilância epidemiológica conduzidas em parcerias com Organizações não Governamentais (ONG) (Brasil, 2009), bem como a ampliação da divulgação do tema nas mídias sociais. Desdobramentos que caminham para articular a criação de Comitês Estaduais de Hepatites Virais, nos entes federados, o que a partir de 2013 impulsionou um movimento de governança com espaço de análise regional e de implantação de projetos temáticos. Vale pontuar que a ausência de dados fidedignos e a subnotificação levaram a não publicação, nos anos de 2013 e 2014, de boletins epidemiológicos. O grupo de trabalho para elaboração de ações de enfrentamento das hepatites na região Amazônica e Norte, criado em 2015, constitui iniciativa relevante no sentido de dar especificidade ao enfrentamento em uma região com características peculiares.

Em relação às parcerias, o MS e a OPAS executaram projetos colaborativos, configurando marco de atuação às metas internacionais. Em análise do Termo de Cooperação 66 (OPAS, 2020), assinado em 2011, evidenciaram-se resultados de alinhamento de estratégias políticas e técnicas no enfrentamento desse agravo. Em 2017, o MS em parceria com Center for Disease Analysis (CDA) e a OPAS desenvolveu projeto colaborativo de cunho epidemiológico, das hepatites B e C, tornando possível identificar metas a serem alcançadas em relação ao diagnóstico e tratamento, assim como elaborar o Plano de Eliminação de Hepatite C (Brasil, 2018). No entanto, sinais de desafios quanto à tendência de queda de ações já foi apontada em análise da implementação do plano (Coutinho, Basto, Fonseca & Shadlen, 2021). Outro fato relevante diz respeito ao Brasil ter sediado o World Hepatitis Summit, importante evento internacional

que aproximou o país para uma agenda articulada de ações em conjunto da OMS e a Aliança Mundial contra a Hepatite (OMS, 2017).

A publicação da Nota Informativa nº 55/2019-CGAE/DIAHV/SVS/MS com novos critérios de definição de casos de hepatites, em consonância com o Guia de Vigilância em Saúde, promoveu estratégia para fortalecer e expandir a informação aos serviços de saúde, bem como destacar à vigilância a necessidade de notificação das hepatites no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), incluindo a investigação dos resultados de testes laboratoriais ou testes rápidos.

A distribuição dos serviços e a disponibilidade de oferta para testagem às hepatites repercutem no acesso (Gleriano, 2021, Almeida *et al.*, 2019). Na criação do PNHV, quanto à testagem e ao tratamento, inicialmente, definiu-se que as competências das três esferas de gestão para ações de organização das Redes Estaduais de Assistência eram de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos municípios, como também o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, abrangendo a articulação entre gestores estaduais e eventuais referências interestaduais (Brasil, 2002a). Optou-se por acolher e testar as hepatites nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviço que já realizava atenção ao HIV (Brasil, 2005a), que historicamente são os serviços de diagnóstico/testagem, aconselhamento e encaminhamento. A triagem sorológica e a capilarização dos serviços em regiões do país estiveram inicialmente centralizadas nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) dos estados (Brasil, 2002a), somente em 2010 ganhou ênfase com maior descentralização (Davidian & Fonseca, 2022). No entanto, esse serviço, principalmente na Amazônia Legal, pouco avançou na organização da sua rede capaz de subsidiar os princípios do sistema de saúde, aspecto que também repercute no protagonismo da gestão estadual na competência de organizar a rede e garantir maior equidade no acesso (Gleriano, 2021; Almeida *et al.*, 2019).

O tratamento inicialmente era centralizado, prestado em maior frequência no âmbito estadual por ambulatorios em hospitais e consultórios ligados a universidades. Para avançar na atenção integral e descentralizar a referência, organizaram-se os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), responsáveis, também, pelo teste rápido, solicitação de carga viral para confirmação do diagnóstico e tratamento das hepatites (Brasil, 2017b; Brasil, 2008a). Vale ressaltar que em relação a transplantes, o Brasil é referência mundial, sendo o SUS o grande responsável por essa resposta. No período de 2001 a 2019, realizaram-se 24.810 transplantes de fígado, com um crescimento ascendente a partir de 2009, no entanto existe uma fila considerável de pessoas aguardando por esse transplante (Brasil, 2020). Contudo, as regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior realização desse procedimento (Soares *et al.*, 2020), cenário que requer análise criteriosa para estratégias de pactuação interfederativa.

A conformação da rede de atenção às hepatites, principalmente na última década, sofreu influência de aspectos políticos e diretrizes de gestão para ampliar a descentralização, principalmente para a APS, como uma tentativa para alcançar com maior contingente populacional (Rocha, Santos, Conz, & Silveira, 2016). Cabe ressaltar que essa articulação é resultado de trabalho na SVS em parceria com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). A publicação da nota técnica N° 369/2020 CGAHV/DCCI/SVS/MS (Brasil, 2020) em parceria com o Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN), acerca da atuação do enfermeiro no diagnóstico das hepatites B e C, representa esse esforço. A pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para a migração dos medicamentos do Componente Especializado para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, oficializada pela Portaria MS nº 1.537/2020 MS/GM, promoveu remodelação na dispensação para fortalecer a autonomia dos entes federados em estruturar rede administrativa e assistencial nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) capazes de promover reorganização regional da assistência farmacêutica.

Internacionalmente, a APS tem sido recomendada para o acompanhamento dos pacientes em tratamento por hepatites (Balkhy, El-Saed & Sanai, 2016), mas essa ampliação do acesso ao tratamento requer análise das especificidades que esse agravo requer da conduta profissional, fato que solicita dos gestores estratégias no tocante à política de gestão de pessoas e à capacitação das equipes de saúde, como

apontado no documento da OMS que emite estratégias de enfrentamento (WHO, 2016). Nesse sentido, cabe à gestão ordenar os serviços já existentes, CTA e SAE, com definição de organização do trabalho e do fluxo de atenção na perspectiva de acompanhamento/monitoramento dos usuários, principalmente daqueles que requerem maior suporte terapêutico.

É importante refletir que a amplitude das ações induzidas pelo MS, a partir de 2019, precisa ser considerada no planejamento da gestão local e estadual, no tocante às peculiaridades e heterogeneidade das RS, da própria organização da descentralização da gestão nos entes federativos, que coaduna nos mecanismos de promover capacitação e disponibilização de recursos que possam garantir o acesso aos serviços de saúde. Em nova perspectiva da política de saúde para o PNHV, fomenta-se a articulação para expandir o alcance das ações de atenção, além de superar entraves decorrentes da estrutura centralizada, que possivelmente impediram a progressão desejada do enfrentamento das hepatites, no Brasil. É necessário ponderar que o tempo, a velocidade e a consolidação de modificações ocorrem em ritmo diferenciado nos distintos contextos da gestão em saúde.

Uma oportunidade para apoiar a rede de atenção às hepatites é utilizar a estrutura existente para atenção ao HIV, o investimento que o MS tem realizado na capacitação no âmbito regional, equipes multiprofissionais e médicos de referência, além da organização de infraestrutura para realização de exames de biologia molecular (Brasil, 2018). Por isso, definir as portas de entrada, os serviços que coordenam a atenção, como também quem são os responsáveis e suas funções, é crucial para organizar uma rede de serviços de saúde robusta e que possa ser resolutiva às hepatites.

A partir da Nota Técnica N° 319/2020, que permitiu considerável aumento de unidades dispensadoras de medicamentos, desencadeou-se um processo de rearranjo de ações para ampliar a descentralização do tratamento, preferencialmente mais próximo do usuário a ser tratado. Nesse aspecto, as atribuições/competências da APS são definidas conforme o nível de complexidade do caso, estabelecido no PCDT.

A decisão sobre modelos capazes de promover formulação de política pública por meio do PNHV colocou o Brasil, desde o primeiro PCDT, à frente de outros países pela escolha de incorporar no Sistema medicamentos de alto custo (Brasil, 2002c). Os PCDT, inicialmente publicados por portarias em 2002, 2007 e 2009, posteriormente em 2011, o primeiro PCDT para o manejo da hepatite B e, em 2013, do PCDT para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, seguem uma tendência mundial de estabelecer consensos para condução da prática de abordagem ao tratamento e guiam gestores e profissionais de saúde diante das tecnologias apropriadas para a segurança terapêutica. O PCDT de 2019 amplia diretrizes em relação às hepatites para usuários em uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) e prevenção da transmissão vertical, o que coaduna na perspectiva de dar visibilidade e foco às diferentes populações prioritárias. Vale salientar que a Portaria SCTIE/MS N° 32/2020 coloca em pauta a decisão de incorporação da testagem universal da hepatite C em gestantes no pré-natal, confirmando avanços de diretrizes em uma rede de atenção à saúde consolidada, considerada oportuna para organizar o acesso e a resolubilidade da atenção no sistema de saúde (Gleriano, 2021).

É plausível pontuar que, apesar da relevância do investimento em criar diretrizes terapêuticas, estão presentes dificuldades em seguir essas recomendações relacionadas ao tempo de acompanhamento ambulatorial nos serviços de saúde, especialmente em casos crônicos (Gleriano, 2021; Pacheco *et al.*, 2016). Aspectos de regulação e avaliação pelo gestor da rede de atenção são mencionados apenas no PCDT de 2019, mas não avançam em diretrizes de organização da rede de atenção e da integração necessária para fortalecer o acesso e a adesão ao tratamento.

Ao longo dos 20 anos, é a partir de 2011 que se fortalece o investimento do MS em abordagens mais específicas aos pacientes para minimizar as formas graves que muitas vezes culminam no transplante hepático. A discussão dos Antivirais de Ação Direta (AAD) iniciou por meio da Nota Técnica Conjunta DIAHV/SVS/MS CONITEC SCTIE n° 319/2011, com importante atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) promovendo incorporação a partir do PCDT de 2013, representando avanço na efetividade terapêutica por meio de análise do custo-minimização ao SUS (Brasil, 2017b). A incorporação dos AAD, no SUS, é fruto do apoio de uma considerável participação na consulta

pública com contribuição de sociedades científicas, profissionais de saúde, mas também de usuários do SUS e seus familiares (Brasil, 2015a).

O SUS, reconhecido pela OPAS, desponta entre os primeiros sistemas de saúde do mundo a universalizar o tratamento por meio de AAD (OPAS, 2016b), com papel importante de mediar no campo político e econômico negociações com a indústria farmacêutica sob preços e tratativas de produção local por meio de consórcios, o que colocou o Brasil em um espaço político de transação para a redução do custo do tratamento (Fonseca, Shadlen & Bastos, 2019).

Até aqui foram destacados os marcos mais relevantes da atenção às hepatites, decorrentes de um processo de construção social da política pública. Pela dinamicidade e complexidade que caracterizam a abordagem a esse agravo, certamente registram-se avanços e regressos, permeados por relações de poder, disputas e interesses que entremeiam a gestão em saúde. Pontua-se que iniciativas ainda repercutem no modo heterogêneo e diferenciado nas Regiões de Saúde (RS), certamente por limitações estruturais de serviços e de profissionais, capacidade de realização de exames e confirmação de diagnóstico, disponibilidade de fármacos e terapêutica específica, bem como aspectos da gestão (Davidian & Fonseca, 2022; Gleriano, 2021; Almeida *et al.*, 2019).

Um aspecto a ser destacado para o ano de 2020 diz respeito à pandemia por Covid-19 que assolou os SS, afetou a agenda de trabalho e o seguimento do planejamento dos serviços de atenção no enfrentamento das hepatites (OPAS, 2021; Gleriano, Chaves & Ferreira, 2022). Consequentemente, a programação do alcance dos objetivos da agenda 2030 e do Plano de Eliminação de Hepatite C exigirá, da gestão em saúde, posicionamento estratégico para além do já planejado.

Estratégias para subsidiar a gestão no enfrentamento das hepatites virais

Este tópico aborda os espaços de mobilização social, o acesso, a coordenação do cuidado, a regionalização, a gestão da atenção e de pessoas como dispositivos primordiais para o enfrentamento das hepatites.

Sob o ponto de vista de pacientes, as hepatites foram consideradas uma doença pouco privilegiada pelo MS, e pesquisadores ponderam que a relação entre HIV e hepatites é complicada, uma vez que faltam recursos e pessoal para dar a mesma visibilidade e protagonismo para ambos (Dominguez, 2012; Gleriano, 2021). Nesse sentido, a atuação do movimento social em defesa da pessoa portadora de hepatites permite evidenciar a importância da luta da sociedade civil na conscientização acerca da doença e em prol da garantia do tratamento.

Reconhecer que a gestão colegiada no SUS concebe institucionalização de uma política pública com participação dos diferentes *stakeholders* importantes para espaço decisório. Assim, para esse espaço de protagonismo da sociedade civil organizada, dois segmentos atuam em defesa das hepatites, o Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais (MBHV) e a Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA), além de existir outras organizações que se consideram independentes. Esses movimentos sociais destacam a necessidade de capacitação de seus membros para a ação de participação visando maximizar a potência de causar impacto positivo à causa que advogam (Beloqui, 2018).

Cabe ressaltar que a partir de 2004 eventos nacionais de ONGs, Redes e Movimentos Sociais contra a AIDS e do próprio MS incorporaram à agenda as hepatites virais. Trata-se de possibilidade de aproximação dos segmentos sociais e dos serviços de saúde para compilar estratégias na política de saúde, fomentar a organização do acesso, da coordenação do cuidado, da regionalização, da gestão da atenção e de pessoas.

O envolvimento e a participação dos movimentos sociais podem estimular os indivíduos na disseminação de informações. É na comunidade que se faz a identificação de populações vulneráveis, por isso a necessidade de ser um trabalho intersetorial, que poderá ampliar a possibilidade de oferta de diagnóstico, ação que exige extrapolar a atenção para fora da instalação predial do serviço. Não há integralidade e equidade se não houver ampliação do acesso perante as necessidades de saúde, e avançar na universalidade com responsabilidade territorial requer da gestão atuação sobre investimento, organização e logística.

A organização do acesso é um elemento central para o enfrentamento das hepatites. O acesso perpassa por oferta e disponibilidade de recursos em momento e localidade adequada, com quantidade suficiente e que garanta ao sistema de saúde custo razoável (Sanchez & Ciconelli, 2012). Essa ampla definição possibilita refletir a importância de diferentes variáveis e realidades locais que repercutem no acesso à atenção às hepatites virais e que, ainda hoje, resquícios do processo de municipalização e da descontinuidade político-administrativa-assistencial assolam as desigualdades na distribuição de serviços (Gleriano, 2021).

Na coordenação, o MS reconheceu fragilidades no PNHV, como baixo atendimento aos grupos prioritários, uma vez que ações de prevenção eram direcionadas à população em geral, situação que consome expressivo volume de insumos que poderiam ser melhor direcionados, além da própria organização do serviço, que restringe acesso por condição de horário de atendimento, exigência de aconselhamento pré-teste, necessidade de documentação e identificação do usuário (Brasil, 2008). Essas fragilidades são decorrentes da fragmentação nas diretrizes ministeriais que acabam por replicar nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas distintas coordenações, fragilidade de coordenação regional, que deveriam estar fortalecidas de eficiente comunicação para garantir a integralidade na atenção das hepatites (Gleriano, 2021).

Para contribuir com modelos de atenção que simplifiquem as portas de acesso e reduzam as desigualdades nos contrastes sociais, recomenda-se investir em sistemas de informação e ampliar na gestão análises a partir de bancos de dados secundários que favorecem a criação de indicadores e subsidiam a tomada de decisão (Zimmermann, 2020; Ouma *et al.*, 2018). Ao considerar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado na organização da rede, é possível incorporar os elementos de definição das necessidades regionais pela definição de população/região de saúde, estrutura organizacional da rede de serviços para guiar um modelo de atenção capaz de potencializar o acesso e consolidar a resolubilidade no PNHV.

A regulação do acesso assistencial e do sistema de atenção à saúde, importante instrumento de gestão, favorece a coordenação do cuidado que reconheça as capacidades locais, amplie fluxos regulatórios e aperfeiçoe a pactuação na rede de atenção. Ademais, pode avançar no sentido de aproximar o enfoque da integralidade à atenção às hepatites virais, pois cada ponto de atenção da RAS pode exercer a abordagem às hepatites, desde que a instrumentalização de profissionais e demais recursos assistenciais sejam garantidos pela gestão.

A OMS apresentou a linha estratégica de fortalecimento da atenção preventiva e clínica às hepatites por meio do acesso equitativo (OMS, 2016). A experiência da Europa com a microeliminação (Papatheodoridis *et al.*, 2018) pode auxiliar a gestão nacional a conduzir o arranjo organizacional de governança para enfrentar as adversidades. Por isso, cabe à gestão incrementar a capacidade de insumos laboratoriais para possibilitar o diagnóstico nos serviços (Brasil, 2015b), além de capacitá-los para a vigilância no sistema de saúde e ampliar a segurança no tratamento. Revisão sistemática e meta-análise dos efeitos da descentralização da testagem e do tratamento mostraram aspectos positivos para equacionar diretrizes políticas de descentralização com enfoque em locais com risco de vulnerabilidade social (Oru *et al.*, 2021). Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento com AAD reduz o número de pacientes submetidos ao transplante hepático (Crismale & Ahmad, 2019). Assim sendo, o monitoramento e a avaliação dos processos que envolvem a cadeia logística de atenção às hepatites auxiliam a gestão na tomada de decisão.

Na região da América Latina e Caribe, mesmo com a utilização do AAD no tratamento, o acesso ainda é incipiente e o número de pessoas que fazem o uso dessa terapêutica ainda é baixo (OPAS, 2020). Uma proposta para melhorar o acesso tem sido engajar os profissionais que atuam nos serviços especializados, pois identificam rapidamente listas de espera para consulta diagnóstica e tempo de espera no tratamento (Johannessen & Alexandersen, 2018). Expandir a rede de serviços que ofertam testagem e monitoram ao mesmo tempo os pontos de tratamento, a partir da testagem, pode auxiliar o alcance do cuidado integral. É fato a escassez de estudos analíticos amplos sobre a atenção às hepatites, no SUS, e as evidências disponíveis apresentam fragilidades organizacionais de articulação dos serviços em sua disposição territorial (Gleriano, 2021; Almeida *et al.*, 2019).

No SUS, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde precisam ser revistos para ampliar as possibilidades de acesso, alcançar fomento das alianças e mobilização de recursos políticos em torno das metas da OMS. Por essa razão, estudos sobre a dinamicidade regional para compreensão aprofundada da conformação da rede de saúde, englobando os seus principais elementos: estrutura operacional, a população e o modelo de atenção, podem evidenciar diferentes abordagens para favorecer o acesso à atenção às hepatites.

O caminho sugerido para compreender a dinâmica da atenção na perspectiva regional busca torná-la mais eficiente/efetiva e, também, para não correr o risco de ampliação dos serviços sem que efetivamente haja garantia de acesso oportuno. Ademais, é preciso considerar que essa frente de trabalho está sujeita às múltiplas influências das dimensões política e técnica. Contudo, deve-se assegurar a garantia de serviços de diferentes densidades tecnológicas, de apoio logístico e disseminação de informações para orientar o usuário em seu itinerário pela rede.

As características epidemiológicas das hepatites devem ser colocadas na discussão sobre o território das RS e consideradas no planejamento regional, negociado por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), nos fóruns deliberativos do SUS. Compete aos gestores da saúde aglutinar o que supostamente está fracionado na rede de atenção às hepatites ajustando a capacidade sanitária, por isso o exercício da governança interfederativa é essencial para a definição de elementos estratégicos, organização e funcionamento (Gleriano, 2021). O MS deve induzir os estados ao reconhecimento da capacidade instalada para avançar na coordenação, que deve sumarizar a dinâmica da organização dos serviços de testagem, de referência para atendimento e tratamento até o mais alto grau de complexidade.

Na atenção às hepatites, parte das intervenções ocorre em serviços descentralizados, mas também parte relevante do cuidado é centralizada em pontos estratégicos. Nesse cenário, apresenta-se o desafio de desenvolver visão ampliada acerca da cadeia logística para contribuir com o planejamento, programação da aquisição, do armazenamento e da distribuição estratégica, de modo a aumentar a resolubilidade na oferta do diagnóstico, no tempo de entrega dos resultados, na taxa de retorno e da referência clínica, além da garantia do tratamento. Mesmo com a descentralização e protagonismo da APS, vale pontuar que aspectos de confirmação diagnóstica e supervisão de tratamento requerem equipe capacitada. Nessa perspectiva, uma possibilidade seria investir na governança clínica, ampliando na gestão a coordenação e a articulação da atenção para a expansão de ações e serviços com a devida qualificação dos profissionais (Padilha *et al.*, 2018). Para isso, são elementos importantes a serem considerados pela gestão em saúde o uso de pilares como a efetividade clínica, a auditoria clínica, o gerenciamento de risco, o uso da informação, a educação e o treinamento, o gerenciamento de pessoal e o envolvimento do paciente/público.

A política de recursos humanos para as hepatites, tanto em termos de dimensionamento quanto de provisão e de qualificação de equipes, principalmente pela distribuição de médicos e suas especialidades, é uma questão problemática no SUS. Poucos infectologistas estão direcionados para a atenção às hepatites e essa situação amplia as dificuldades de garantir o tratamento em tempo oportuno (Marques & Carneiro, 2017). Valorizar no SUS o trabalho interdisciplinar, a fim de melhorar os canais de comunicação e a concepção ampliada da saúde com ênfase na integralidade, será uma estratégia para superar grandes desafios de fragmentação da atenção. Ressalta-se que existe a necessidade de investir continuamente na articulação ministerial da coordenação do PNHV com a *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)* e centros de formação para ampliar redes de capacitação e treinamentos com reconhecimento das relações recíprocas entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.

No SUS, para avançar na direção dos objetivos da Agenda 2030 e nos pactos com as organizações internacionais, o investimento na priorização de abordagem a populações e a garantia da equidade no acesso, na perspectiva da dinâmica de organização regional de redes, requerem da gestão amplo posicionamento.

Considerações Finais

Verifica-se que houve significativos avanços no PNHV impulsionados por pautas internacionais que reconheceram as hepatites como um problema de saúde pública. No SUS, o Programa tem avanço nítido quanto à garantia do tratamento, da ampliação de diretrizes para a testagem, mas é emergente o posicionamento da gestão na organização da rede de atenção para garantir, que na governança regional, o Sistema possa ser conectado, reduzindo, assim, a fragmentação do cuidado e das desigualdades locorregionais provocadas pela concentração tecnológica. Cabe destacar que as formas como os entes federados organizaram para implantar o PNHV configura a sua lógica enquanto rede de atenção, muitas das vezes à sombra de outros agravos com maior repercussão epidemiológica ou fonte de financiamento.

Nas duas décadas do PNHV, a capacidade de organização de serviços para compor uma rede de atenção sólida, que promova acesso principalmente para assistir grupos populacionais prioritários, ainda é um desafio. Caberá investir em estudos com análise do plano micro-organizacional e dos mecanismos de governança responsiva no aparelho do Estado para reconhecer as disputas no controle hierárquico e os processos de pactuação, da competição e do protagonismo decisório nesses ambientes, bem como a posição de especialistas no *advocacy* capazes de projetar decisões por meio da translação do conhecimento.

O investimento no plano de enfrentamento à hepatite C é uma potente estratégia, entretanto não se pode restringir a política sem considerar os outros tipos de hepatites. A atenção ao tratamento requer componentes que são intrínsecos ao desenvolvimento do campo da tecnologia e do protagonismo do complexo industrial e inovação em saúde, por isso é pertinente pautá-lo na agenda da SCTIE. Cabe ressaltar que, nas negociações de todos os elementos apresentados, a arena política que envolve os SS e os interesses, valores e objetivos se interagem nas relações sociais e na dinâmica da gestão. Assim, reconhecer o poder e a capacidade de todos os atores é fundamental para o enfrentamento das hepatites.

Estabelecer governança regional será crucial para superar a centralidade da organização da atenção nas RS. Trata-se de dar ênfase à produção do cuidado a partir das necessidades do usuário, como uma possível proposta para qualificar a atenção.

A partir das reflexões tecidas deste estudo, é possível agir em várias frentes de análise e o uso da avaliação torna-se importante para reiterar caminhos para a gestão ampliar sua responsabilidade na atenção às hepatites virais.

Referências

- Almeida, E.C., Gleriano, J.S., Pinto, F.K.A., Coelho, R.A., Vivaldini, S.M., Gomes, J.N.N., Santos, A.F., Sereno, L.S., Pereira, G.F.M., Henriques, S.H., Chaves, L.D.P. (2019). Access to viral hepatitis care: distribution of health services in the Northern region of Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22(supl1), e190008. doi: 10.1590/1980-549720190008.supl.1
- Arantes, L., Davidian, A., Fonseca, E. M., Shadlen, K. (2021, julho). Recentralizing Drug Procurement in a Context of Decentralized Health System: The Case of Hepatitis C Drugs in Brazil. *V Conferência Internacional em Políticas Públicas*, Barcelona, Espanha, 5.
- Baptista, T.W.F., Azevedo C.S., Machado, C.V. (2015). *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Batista, M., Domingos, A., Vieira, B. (2021). Políticas públicas: modelos clássicos e 40 anos de produção no Brasil. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 94, 1-25. doi: 10.17666/bib9403/2021.
- Balkhy, H.H., El-Saed, A., Sanai, F. M., Alqahtani, M., Alonaizi, M., Niazy, N., Aljumah, A. (2017). Magnitude and causes of loss to follow-up among patients with viral hepatitis at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Journal of infection and Public Health*, 10 (4), 379-387. doi: 10.1016/j.jiph.2016.06.012.
- Beloqui, J.A. (2018). *Alguns dados sobre a situação da Hepatite C no Brasil para ativistas de HIV/AIDS*. Recuperado de http://giv.org.br/Arquivo/dados_situacao_hepatite_c_brasil_ativistas_hiv-aids_giv_dez2018.pdf.
- Boletim Epidemiológico Paulista (BEPa). (2007). *Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil*. Bepa; Coordenadoria de controle de doenças. Recuperado em 12 de janeiro, 2022 de <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v4n44/v4n44a05.pdf>.
- Brasil. (1998). *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
- Ministério da Saúde. (2002a). *Portaria Nº 263, de 5 de fevereiro de 2002*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0263_05_02_2002.html.
- Ministério da Saúde. (2002b). *Programa Nacional de Hepatites Virais: Avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil*. Brasília: Ministério da saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_da_assistencia_hepatites_virais_no_brasil.pdf.
- Brasil. (2002c). *Portaria nº 863, de 4 de novembro de 2002*. Recuperado de https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B4680FED65DF25CA796845C4DAD0E07F.proposicoesWebExterno2?codteor=119858&filename=LegislacaoCitada+-PL+432/2003.
- Ministério da Saúde. (2002d). *Hepatites Virais: o Brasil está atento*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_br_esta_atento.pdf
- Ministério da Saúde. (2003a). *Programa Nacional de Imunizações 30 anos do PNI/DEVEP/SVS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.
- Brasil. (2003b). *Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003*. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- Ministério da Saúde. (2005a). *Manual de aconselhamento em hepatites virais*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_aconselhamento.pdf.

- Brasil (2005b). *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.aids.gov.br/sites/default/files/o_remediao_via_justica.pdf.
- Brasil. (2008 a). *Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf.
- Brasil. (2008b). *Portaria nº 94, de 10 de outubro de 2008*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0094_10_10_2008.html.
- Brasil. (2009). *Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise: gestão 2007-2008*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_transversais_vigilancia_saude.pdf.
- Brasil. (2010a). *Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010*. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7336-19-outubro-2010-609118-norma-pe.html>.
- Brasil. (2010b). *Devolutiva aos Estados 2009-2010*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/devolutiva_estados_2009_2010.pdf.
- Ministério da Saúde. (2015a). *Consulta Pública Nº 26, de 17 de setembro de 2015*. Recuperado de http://conitec.gov.br/images/Consultas/2015/Publicacao_DOU_CP_26e27_2015.pdf.
- Ministério da Saúde. (2015b). *Relatório de Gestão dos termos de cooperação*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18434/relatorio%20gestao%202015_bra.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ministério da Saúde. (2017a). *Nota informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2017b). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções*. Recuperado de http://conitec.gov.br/images/Consultas/2017/Relatorio_PCDT_HepatiteCeCoinfeccoes_CP11_2017.pdf.
- Ministério da Saúde. (2018). *Plano de Eliminação da Hepatite C*. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/04/Relat--rio-de-Gest--o-SVS---2017.pdf>.
- Brasil. (2019a). *Hepatites virais: histórico das ações*. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/hepatites-virais-evolucao-das-acoes>.
- Brasil. (2019b). *Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019*. Recuperado de <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9795&ano=2019&ato=21bUza65keZpWT995>.
- Brasil. (2020). *Nota Técnica Nº 369/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2020/notas_tecnicas/nota_tecnica_n_369_2020_cgahv_dcci_svs_ms.pdf.
- Brasil. (2020). *Transplantes Realizados: evolução 2001 a 2019 – Fígado*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>.
- Brasil. (2021). *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais*. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2021>.
- Brito, W. I., Souto, F.J.D. (2020). Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200073. doi: 10.1590/1980-549720200073
- Blumberg B.S. (2006). The curiosities of hepatitis B virus: prevention, sex ratio, and demography. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3(1), 14-20. doi: 10.1513/pats.200510-108JH.

- Cibils, P.M. (2022). Uma singela análise do tema das patentes de medicamentos à luz de casos de repercussão na jurisprudência pátria. *Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul*, 1(91), 261-274.
- Cooke, G.S., Andrieux-Meyer, I., Applegate, T. L., Atun, R., Burry, J. R., Cheinquer, H., Dusheiko, G., Feld, J. J., Gore, C., Griswold, M. G., Hamid, S., Hellard, M. E., Hou, J., Howell, J., Jia, J., Kravchenko, N., Lazarus, J. V., Lemoine, M., Lesi, O. A., Maistat, L., ... (2019). Accelerating the elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 4(2), 135-184. doi: 10.1016/S2468-1253(18)30270-X.
- Coutinho, C., Basto, F. I., Fonseca, E. M., Shadlen, K. (2021). *Nota Técnica Hepatite C no Brasil: Panorama atual e desafios em face à pandemia de COVID-19*. Brasil. Recuperado de <https://www.lse.ac.uk/lacc/assets/documents/Brazil-nota-tecnica-hepatitis-c-PT.pdf>.
- Crismale, J.F., Ahmad, J. (2019). Expanding the donor pool: Hepatitis C, hepatitis B and human immunodeficiency virus-positive donors in liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 25(47), 6799-6812. doi: 10.3748/wjg.v25.i47.6799
- Davidian, A., Fonseca, E.M. (2022). *Relatório de pesquisa 01: enfrentamento à hepatite C no Brasil: vigilância, controle e assistência*. Recuperado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/32054>.
- Dominguez, B. (2012). *Quebrando o silêncio – Rede de atenção à hepatite C, doença pouco divulgada, que não apresenta sintomas e tem mais impacto na saúde pública do que a aids, é desafio mundial*. Recuperado de https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis116_web.pdf.
- Esperidião, M.A. (2018). Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde em Debate*, 42(2), 341-360. doi: 10.1590/0103-11042018S224
- Executive Board, 134. (2014). *Hepatitis: Improving the health of patients with viral hepatitis: Report by the Secretariat*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/172855>.
- Fonseca, E., Shadlen, K., Bastos, F. (2019). Brazil's Fight against Hepatitis C - Universalism, Local Production, and Patents. *The New England journal of medicine*, 380(7), 605-607. doi: 10.1056/NEJMp1812959.
- Freeman, R.E. (1983). Strategic management: A stakeholder approach. In: Lamb, R. (Ed.). *Advances in Strategic Management* (Vol. 1, pp. 31-60). Greenwich: JAI Press.
- Ferreira, C.T., Silveira, T. (2004). Reverbel da Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(4), 473-487. doi: 10.1590/S1415-790X2004000400010.
- Fonseca, C.F.F. (2010). Histórico das hepatites virais. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43(3), 322-330. doi: 10.1590/S0037-86822010000300022.
- Gilson, L., Orgill, M., Shroff, Z. C. (2018). *A health policy analysis reader: the politics of policy change in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310886>.
- Gleriano, J. S. (2021). *Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/T.22.2021.tde-22032022-152947>.
- Gleriano, J. S., Chaves, L. D. P., Ferreira, J. B. B. (2022). Repercussões da pandemia por Covid-19 nos serviços de referência para atenção às hepatites virais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(04), e320404. doi: 10.1590/S0103-73312022320404.
- GHSS (2022). *Final global health sector strategies on respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030>

- Jesus, W.L.A., Teixeira, C.F. (2014). Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3839-3858. doi: 10.1590/1413-81232014199.11962013.
- Johannessen, K.A., Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Service Research*, 18(827). doi:10.1186/s12913-018-3635-3.
- Marques, C.C.A., Carvalheiro, J.R. (2017). Assessment of laboratory diagnostic network in the implementation of the Program for Viral Hepatitis Prevention and Control in São Paulo State, Brazil, 1997-2012. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, 26(3), 513-24. doi: 10.5123/S1679-49742017000300009.
- Marques, R. M., Mendes, A. (2012). A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, 21(2), 345-362.. doi:10.1590/S0104-06182012000200005.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021*. Genebra: OMS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?sequence=1>.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *World Hepatitis Summit 2017*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/11/01/default-calendar/world-hepatitis-summit-2017>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2016a). *Las hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31447/9789275319291-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2016b). *Com novo tratamento, Brasil ultrapassa 90% de taxa de cura para hepatite C*. Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5190:com-novo-tratamento-brasil-ultrapassa-90percent-de-taxa-de-cura-para-hepatite-c&Itemid=812.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Dia Mundial da Hepatite 2020: “Um Futuro Livre de Hepatite”*. Recuperado de https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=491:dia-mundial-da-hepatite-2020-um-futuro-livre-de-hepatite&Itemid=183&lang=pt.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Relatório Técnico 66: Controle de DST/HIV/AIDS e hepatites virais*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-66-controle-dsthivaidas-e-hepatites-virais-2020>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *Interrupção dos serviços de saúde durante pandemia de COVID-19 ameaça eliminação das hepatites virais na América Latina e no Caribe*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/27-7-2021-interruptao-dos-servicos-saude-durante-pandemia-covid-19-ameaca-eliminacao-das>.
- Oru, E., Trickey, A., Shirali, R., Kanters, S., Easterbrook, P. (2021). Decentralisation, integration, and task-shifting in hepatitis C virus infection testing and treatment: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 9(4), e431–e445. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30505-2.
- Ouma, P. O., Maina, J., Thurair, P. N., Macharia, P. M., Alegana, V. A., English, M., Okiro, E. A., Snow, R. W. (2018). Access to emergency hospital care provided by the public sector in subSaharan Africa in 2015: a geocoded inventory and spatial analysis. *The Lancet Global Health*, 6(3), 342–350. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30488-6.
- Pacheco, S. R., Santos, M. I. M. A., Schinoni, M. I., Paraná, R., Reis, M. G., Silva, L. K. (2016). Avaliação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento para hepatite B crônica nas regiões nordeste e norte do Brasil. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(1), 2-7.

- Padilha, R.Q., Gomes, R., Lima, V.V., Soeiro, E., Oliveira, J.M., Schiesari, L.M.C., Silva, S.F., Oliveira, M.S. (2018). Principles of clinical management: connecting management, healthcare and education in health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12), 4249-57. doi: 10.1590/1413-812320182312.32262016.
- Pimenta, M. C., Bermudez, X. P., Godoi, A. M. M., Maksud, I., Benedetti, M., Kauss, B., Torres, T. S., Hoagland, B., Pereira, G. F. M., Grinsztejn, B., Veloso, V. G., (2022). Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(1), e00290620. doi:10.1590/0102-311X00290620.
- Pisano, M. B., Giadans, C. G., Flichman, D. M., Ré, V. E., Preciado, M. V., Valva, P. (2021). Viral hepatitis update: Progress and perspectives. *World journal of gastroenterology*, 27(26), 4018–4044. doi:10.3748/wjg.v27.i26.4018.
- Rocha, K.B., Santos, R.R.G., Conz, J., Silveira, A.C.T. (2016). Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde em Debate*, 40(109), 22-33. doi:10.1590/0103-1104201610902.
- Rother, E.T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. doi: 10.1590/S0103-21002007000200001.
- Sanchez, R.M., Ciconelli, R.M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana Salud Publica*, 31(3), 260–268.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira De História & Ciências Sociais*, 1(1).
- Santos, J.S., Teixeira, C.F. (2016). Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde Debate*, 40(108), 219-230. doi: 10.1590/0103-1104-20161080018.
- Soares, L.S.S., Brito, E. S., Magedanz, L., França, F. A., Araujo, W. N., Galato, D., (2020). Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), e2018512. doi:10.5123/S1679-49742020000100014.
- Teixeira, C., Silveira, P. (2016). *Glossário de análise política em Saúde*. Salvador: Edufba. Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>.
- Trevisan, A.P., Bellen, H.M.V. (2008). Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, 42(3), 529-50.
- Tofani, L. F.N., Furtado, L. A. C., Guimaraes, C. F., Feliciano, D. G. C. F., Silva, G. R., Bragagnolo, L. M., Andrezza, R., Chioro, A. (2021). Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4769-4782. doi:10.1590/1413-812320212610.26102020
- Vaitsman, J., Ribeiro, J. M., Lobato, L. (2013). "One: Policy analysis in Brazil: the state of the art". In Vaitsman, J., Ribeiro, J. M., Lobato, L. (Ed), *Policy Analysis in Brazil*. Bristol, UK: Policy Press. Recuperado de <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/book/9781447>.
- World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>.
- Ximenes, R.A.A., Figueiredo, G.M., Cardoso, M.R.A., Stein, A.T., Moreira, R.C., Coral, G., Crespo, D., Santos, A.A., Montarroyos, U.R., Braga, M.C., Pereira, L.M.M.B. (2015). Population-Based Multicentric Survey of Hepatitis B Infection and Risk Factors in the North, South, and Southeast Regions of Brazil, 10–20 Years after the Beginning of Vaccination. *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 93(6), 1341-48. doi:10.4269/ajtmh.15-0216.
- Zimmermann, R., Külper-Schiek, W., Steffen, G., Gillesberg Lassen, S., Bremer, V., Dudareva, S., & die Hepatitis-Monitoring-Arbeitsgruppe (2020). Wie lässt sich die Eliminierung von Hepatitis B, C und

D in Deutschland messen? Ergebnisse eines interdisziplinären Arbeitstreffens [How to assess the elimination of viral hepatitis B, C, and D in Germany? Outcomes of an interdisciplinary workshop]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 64(1), 77-90. doi: 10.1007/s00103-020-03260-2.