



Proposta para financiamento das ações de vigilância, promoção e prevenção das Hepatites Virais no ano de 2012, de acordo com a Portaria nº 2.849 de 02/12/2011.

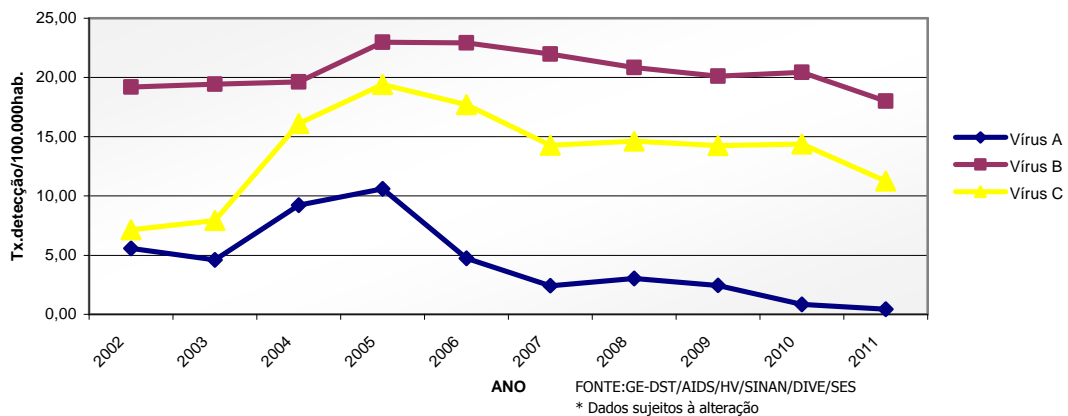
1) Situação epidemiológica

As hepatites virais vem se destacando nas últimas décadas, como um problema mundial de saúde pública, especialmente a partir dos anos oitenta, quando passaram a ser melhor estudadas e avaliadas do ponto de vista do impacto econômico .

Diferente do contexto epidemiológico do HIV/AIDS, as Hepatites Virais em Santa Catarina, são definidas em duas situações epidemiológicas, no oeste é identificada a endemicidade para o vírus B, enquanto a região litorânea tem a prevalência do vírus C.

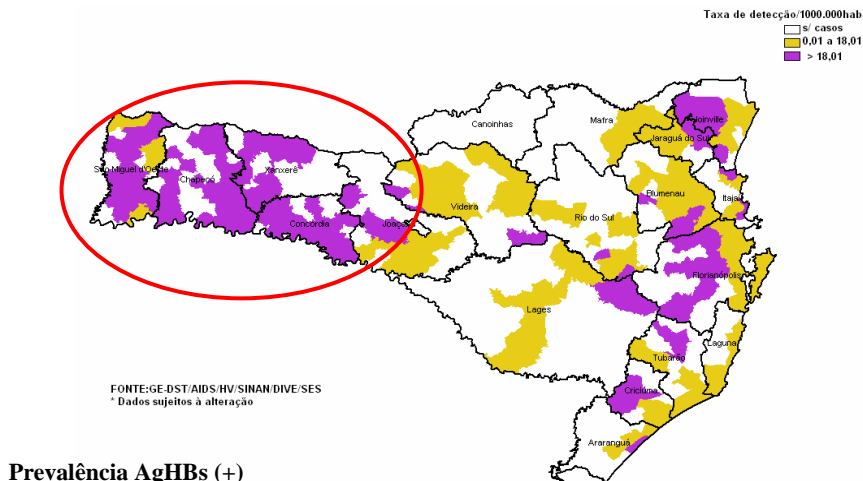
Desde 1994 foram notificados 14.710 casos de hepatite B e 8.241 casos de hepatite C.

Gráfico 1. Taxa de detecção / 100.000 hab. dos casos confirmados de hepatite viral, segundo agente etiológico, Santa Catarina, 2002 a 2011*.



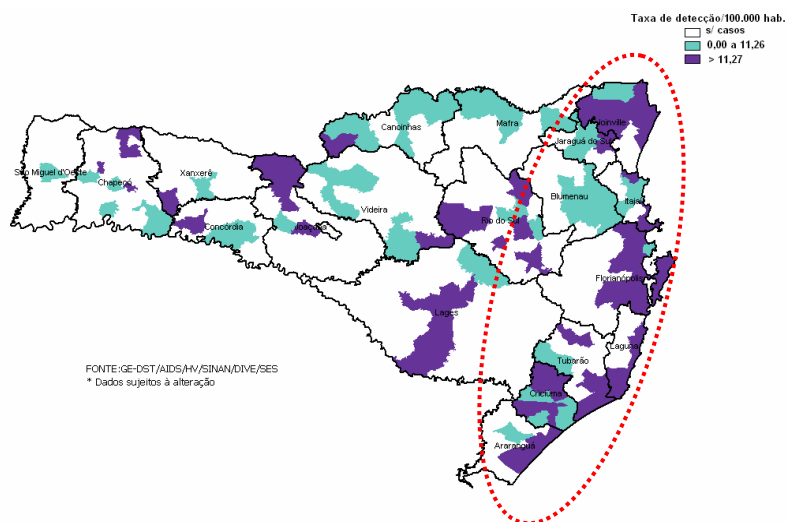
A concentração de municípios com alta prevalência do vírus B é encontrada nas regiões Meio e Extremo Oeste do Estado, fazendo com que esta macrorregião seja considerada uma das áreas de endemicidade intermediária do país; frente a este quadro houve a necessidade de protocolos, que estruturassem a assistência, voltados para a prevenção nas áreas da imunização, assistência pré-natal e ao recém-nascido.

Figura 1. Distribuição espacial das taxas de detecção de Hepatite B, segundo Gerências de Saúde, Santa Catarina, 2011.



A distribuição espacial da Hepatite B está dividida em 03 grandes grupos: municípios silenciosos (sem notificação); municípios dentro da taxa esperada para o Estado (até 18 casos por 100.000 hab); e municípios acima do esperado (>18 casos por 100.000 hab).

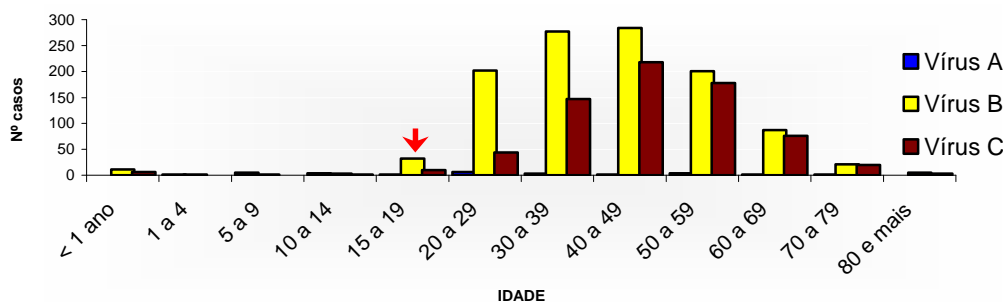
Figura 2. Distribuição espacial das taxas de detecção de Hepatite C, segundo Gerências de Saúde, Santa Catarina, 2011.



A distribuição geográfica da Hepatite C concentra-se principalmente na região litorânea. Isto acontece devido a algumas características da região como: presença de portos, o tráfico de drogas ilícitas, maior capacidade instalada gerando maior facilidade no acesso pela melhor estruturação de ambulatorios especializados, principalmente os relacionados com a identificação da co-infecção pelo vírus HIV e o concomitante tratamento.

Outro aspecto relaciona-se com o significativo número de casos oriundos no interior do Estado, que são diagnosticados e tratados nestas estruturas de serviços da região litorânea. O maior desafio é a descentralização da oferta destes serviços para o interior do Estado.

Gráfico 2: Casos confirmados de hepatite viral, segundo faixa etária e agente etiológico, Santa Catarina, 2011*.



Fonte: GEDST/AIDS/HV/SINAN/DIVE/SES/SC - *Dados sujeitos à alteração

A faixa etária mais acometida varia de acordo com o agente etiológico. De maneira geral segue o referenciado pela literatura que é entre 20 a 49 anos para hepatite B (expressando pessoas em idade sexualmente ativa, e demonstrando a importância da vacinação como forma de prevenção antes da iniciação sexual); e entre 30 a 59 anos para hepatite C (a própria evolução da doença justifica as faixas etárias acometidas, assim como diagnóstico tardio e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são fatores associados). A presença de infecção do vírus B, na faixa etária de 15 a 19 anos, não é aceitável, lembrando que a vacina contra hepatite B é ofertada na rede para menores de 19 anos desde 2001.

Foram notificados 249 óbitos no Estado, com CID (B15 a B19 e K74) correlato às hepatites virais até outubro de 2011. Esse número não representa a realidade, pois no mesmo período 204 óbitos registrados com causa básica, neoplasias de vias biliares e fígado não foram computados, sabendo-se que 30% a 40% dos casos de hepatocarcinomas são devidos á hepatite viral, considerando ainda todas as inadequações e erros quando do preenchimento da declaração de óbito, principalmente no que diz respeito à codificação da causa primária.

Tabela 01. Coeficiente de mortalidade, segundo macrorregião de saúde das hepatites virais, Santa Catarina 2004-2011*.

Macrorregionais	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Extremo Oeste	4,25	4,96	3,78	5,37	6,74	4,78	4,64	2,46
Meio Oeste	6,14	4,67	5,28	5,39	5,24	5,72	6,21	5,20
Vale do Itajaí	4,68	5,49	5,28	4,04	4,61	3,93	6,06	3,96
Foz do Rio Itajaí	5,85	4,24	4,74	6,41	7,97	5,46	5,40	2,52
Grande Florianópolis	5,84	4,52	5,46	4,79	4,89	5,18	7,19	3,95
Sul	6,69	6,4	7,1	7,23	6,65	8,95	7,50	4,74
Nordeste	3,94	5,53	3,44	4,81	4,03	6,26	5,30	3,22
Planalto Norte	3,46	5,93	3,63	4,97	4,99	6,32	5,65	3,95
Planalto Serrano	11,56	4,37	5,67	1,99	8,65	4,64	4,89	6,29

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/HV/SINAN/DIVE/SES/SC - * dados sujeitos a alteração

A análise da mortalidade segundo local de residência mostra que a macrorregião do Planalto Serrano teve a maior incidência do período em 2004, seguida da região Sul que mantém as maiores taxas durante o período avaliado. A macrorregião com menor taxa de mortalidade é o Extremo-Oeste, apesar da endemicidade do vírus B, excetuando-se o ano de 2008, mesma situação em que outras três regiões também ultrapassaram a média estadual (5,75/100.000 hab.) (Tabela 01). Porém, a maior letalidade está relacionada com o vírus C, fortemente centrada e evidenciada na região litorânea, considerando o caráter da epidemia a partir do sul do Estado.

Os dados confirmam a alta prevalência da hepatite C em pacientes com HIV em Santa Catarina demonstrando a necessidade da sorologia para o HCV de rotina em todos os pacientes portadores do HIV além de uma política de vacinação efetiva ao cidadão que vive com HIV/AIDS. A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) vem se tornando um agravo importante na saúde do portador do vírus HIV com a piora significativa no prognóstico, devido à insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular. Frente a esta situação, determinar a prevalência da co-infecção HIV/HCV tem sido de extrema importância.

Tabela 02. Taxa de detecção/100.000 hab. de pacientes coinfetados com HIV e vírus da hepatite B e C segundo macrorregional, Santa Catarina, 2007-2011*.

Macrorregionais	2007	2008	2009	2010	2011
Extremo Oeste	1,16	1,24	0,96	0,14	1,09
Meio Oeste	0,16	1,01	0,67	2,52	0,67
Vale do Itajaí	2,08	1,15	1,14	0,74	1,36
Foz do Rio Itajaí	3,40	5,18	6,63	4,68	1,62
Grande Florianópolis	9,12	8,67	7,90	8,77	5,70
Sul	7,01	4,17	3,02	2,76	2,32
Nordeste	4,57	5,38	5,30	4,14	3,68
Planalto Norte	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00
Planalto Serrano	1,00	1,33	2,65	2,45	0,70

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/HV/SINAN/ DIVE/SES/SC - DATASUS/SIH/MS * dados sujeitos a alteração

Apesar da taxa de detecção da hepatite C ser maior na macrorregião Sul, quando se trata de co-infecção (HIV/Aids/Hepatite C) tem-se uma mudança neste perfil com deslocamento para a macrorregião da Grande Florianópolis, entretanto ainda é preciso investir em pesquisas para melhor compreensão desta situação.

Proposta para intervenção e alocação dos recursos financeiros.

2) Justificativa:

Considerando ainda a Portaria Nº 3.252/GM/MS de 22/12/2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

Considerando a Portaria Nº. 2.849 de 02/12/2011, que institui incentivo à qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde para as hepatites virais, tendo como finalidade, o apoio ao Estado e Municípios no alcance de melhores desempenhos para o fortalecimento da gestão e sustentabilidade, respeitando os seguintes eixos: (i) ações de promoção e prevenção incluindo fomento ao diagnóstico precoce e estratégias para ampliação da cobertura vacinal; (ii) ações de gestão, informação e governança voltadas na

melhoria da capacidade gerencial, logística, técnica, organizacional, de vigilância e de informação; e (iii) ações e estratégias de promoção da participação da sociedade organizada com foco no controle social.

Considerando que o Estado apresenta altas taxas de detecção e mortalidade, sendo que a magnitude do agravo requer reorientação nas estratégias para seu enfrentamento, reforçando a necessidade da descentralização com o fortalecimento das iniciativas locais visando medidas efetivas de vigilância e ações de intervenção.

Considerando que atualmente existem 33 municípios habilitados na Política de Incentivo da Programação Anual de Metas (PAM/AIDS) desde 2002, sendo que destes, oito (24,2%) não possuem atendimento ao mono-infectado de hepatite; e dentre os que ofertam o referido atendimento (mono-infectado), estes também oferecem acesso apenas para a população do seu próprio município.

Tabela 03. Municípios com maior número de casos de hepatite B e C, Santa Catarina, 1994-2011*.

Municípios	Nº de casos		Porcentagem (%)	
	Hep B	Hep C	Hep B	Hep C
Florianópolis	704	1.553	5	18
Joinville	1.424	501	10	6
Chapecó	2.477	218	17	3
Criciúma	454	950	3	11
Blumenau	842	543	6	6
São José	227	348	2	4
Balneário Camboriú	235	407	2	5
Itajaí	284	534	2	6
Concórdia	849	38	6	0
Tubarão	93	222	1	3
Jaraguá do Sul	442	134	3	2
São Miguel D'Oeste	277	12	2	0
Palhoça	101	167	1	2
Lages	38	167	0	2
Brusque	265	79	2	1
ESTADO	14.930	8.421	100%	100%

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/HV/SINAN/ DIVE/SES/SC - * dados sujeitos a alteração

Dos 15 municípios que detém o maior número de casos de hepatites virais, quatro (26,7%) não possuem ambulatórios destinados ao acompanhamento dos portadores de hepatite crônica, porém todos estão habilitados na Política de Incentivo do Plano de Ações e Metas (PAM/AIDS), os quais recebem recursos para desenvolverem as ações de vigilância e diagnóstico e tratamento para DST/HIV/AIDS, sendo que alguns oferecem atendimento para os pacientes de HIV/AIDS dos municípios de sua região, situação esta que poderia também ser estendida para as hepatites virais.

Tabela 03. Taxa de detecção (100.000 hab.) de casos de hepatite B e a média dos últimos 5 anos, em 15 pequenos municípios, Santa Catarina, 2007-2011.

Município	HEPATITE B					MÉDIA
	2007	2008	2009	2010	2011	
Iporã do Oeste	501,6	418,6	309,4	166,5	107	300,62
Marema	42,7	389,3	483,1	45,4	227	237,5
Nova Itaberaba	185	236,5	284,4	304,7	140,6	230,24
São Miguel da Boa Vista	465,4	345,3	98,6	105	0	202,86
Treviso	197,1	192,1	108,3	283,5	226,8	201,56
Cordilheira Alta	184	114,5	254,9	53,1	265,5	174,4
Arvoredo	0	133,4	89,6	44,2	575,2	168,48
Serra Alta	277,6	121,8	213,7	121,8	91,3	165,24
Descanso	63,7	168	146,1	162,1	231,6	154,3
Coronel Freitas	282	189,9	114,1	107,7	68,5	152,44
Belmonte	246,4	216,3	71,7	113,9	113,9	152,44
Novo Horizonte	37,5	0	237,7	327,3	145,5	149,6
Lindóia do Sul	67,5	106,9	214,5	215,4	107,7	142,4
Planalto Alegre	84,5	109,5	396,7	113	0	140,74
Águas Frias	0	493,9	37,9	82,5	82,5	139,36

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/HV/SINAN/ DIVE/SES/SC - DATASUS/SIH/MS * dados sujeitos a alteração

Todavia, o perfil epidemiológico se modifica quando a avaliação é orientada pela taxa de detecção, assim pode-se observar que municípios menores, são os mais vulneráveis principalmente tratando da hepatite B, que é endêmica na região Oeste. Apesar do baixo número de casos, os menores municípios têm apresentado as maiores taxas de detecção, todavia sabe-se que é impraticável a instalação de serviços para atendimento dos casos que apresentam uma maior complexidade em cada município individualmente.

Neste contexto, e considerando a estrutura necessária, deve-se buscar a viabilidade para que esse atendimento ocorra em municípios que já dispõem ou que pretendam implantar estrutura adequada, podendo inclusive servir de referência para os outros municípios da região, principalmente no atendimento dos casos que apresentam uma maior complexidade clínica.

Destaque-se que a estruturação da rede de serviços para o atendimento aos portadores de hepatites virais está sendo construída em parceria com os municípios, estando em algumas regiões mais adiantado do que em outras, buscando fundamentalmente a integração e articulação com os serviços de DST/HIV/Aids já existentes. Isso permite o aproveitamento da capacidade já instalada como o suporte diagnóstico, acompanhamento clínico e o fornecimento de medicamentos e insumos.

A presente proposta visa à organização de estrutura mínima de serviços de saúde para possibilitar um melhor suporte diagnóstico, tratamento clínico, distribuição e fornecimento de medicamentos e insumos, assim como agilidade e oportunidade nas ações de vigilância, prevenção e promoção das DST/HIV/Aids e hepatites virais. Neste sentido, os seguintes pressupostos deverão ser observados quando da elaboração dos projetos para habilitação ao recebimento dos referidos recursos:

1. A seleção dos municípios candidatos será baseada em projetos apresentados de acordo com critérios epidemiológicos do contexto; na atual capacidade instalada; na necessidade da implantação / estruturação de serviços; com prioridade para os que apresentem características de organização que fortaleçam as referências regionais para o atendimento aos municípios menores, possibilitando que o município organize uma estrutura mínima de serviços.
2. No caso em que o município não se disponha ao atendimento regionalizado, poderá apresentar projeto em comum acordo regional, desde que na sua proposição seja contemplado o suporte diagnóstico, o tratamento clínico, a distribuição e fornecimento de medicamentos e insumos, e capacidade nas ações de vigilância, prevenção e promoção das DST/HIV/Aids e hepatites virais.
3. Fortalecimento das ações de promoção e prevenção; ampliação dos procedimentos terapêuticos; e acompanhamento no tratamento assistido por meio de pólos de aplicação, unidades de saúde ou policlínicas devidamente equipadas e capacitadas.
4. Direcionamento de atividades e ações de diagnóstico sorológico e prevenção à população reclusa em instituições correccionais, manicômios, psiquiátricas e seus familiares e cuidadores.

Diante do exposto, considerando as prerrogativas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) na definição da distribuição de recursos, a DIVE/SES propõe que o montante desses recursos financeiros no valor de **R\$ 672.185,00** (Portaria nº 2.849 de 02/12/2011) para o ano de 2012, e considerando que a pulverização dos mesmos não ocasionará qualquer impacto positivo, sejam alocados no FES/SES cabendo a esta diretoria a avaliação e seleção de propostas dos municípios candidatos, aos moldes dos mesmos mecanismos utilizados para repasse de parte dos recursos do componente estadual da Política de Incentivo do PAM/AIDS (FES/FMS) para os municípios prioritários, de acordo com os projetos fundamentados em dados epidemiológicos e nos critérios descritos na presente proposta.

Florianópolis, 08 de fevereiro de 2012.



Luis Antonio Silva
Diretor da DIVE/SES/SC