

ADESÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS À NOVA TECNOLOGIA NO TRATAMENTO DA HEPATITE C

Rita Tereza de Almeida

Mestre em Ciências da Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Interlocutora de Hepatites Virais do Grupo de Vigilância Epidemiológica XVII – Campinas (SP), da Coordenadoria de Controle das Doenças, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo (SP). Brasil.

E-mail: ritaterza1@usp.br

Suely Itsuko Ciosak

PhD. Docente Associado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (SP). Brasil.

RESUMO: A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 20, de 25 de julho de 2012, a utilização de inibidores de protease virais no tratamento da Hepatite C como nova tecnologia do Sistema Único de Saúde. A sua implementação, no entanto, requer que serviços especializados atendam aos critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, além de verificar a adesão dos serviços especializados ao tratamento da Hepatite C com inibidores de protease viral. Estudo com abordagem quantitativa, realizado na região de abrangência do Grupo de Vigilância Epidemiológica XVII - Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, no período de 05/01 a 05/12/2013. No Estado de São Paulo foram avaliadas 65 solicitações de credenciamento de serviços especializados e, na região de estudo, 10. Foi analisada a documentação enviada, considerando principalmente o fluxo de atendimento do paciente com hepatite C e a rede de serviços de apoio “interligados”. Na região de estudo foram credenciados oito serviços. Ainda que dois serviços não tenham sido contemplados, o número de adesão dos serviços especializados mostrou a busca dos gestores da saúde em atender aos critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico. O manejo dos pacientes com indicação para este tratamento para a Hepatite C requer adequada infraestrutura, com recursos humanos capacitados, que garantam abordagem técnica adequada e segura, visto que o sucesso da terapêutica representa a esperança de vida para pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite C; Sistema Único de Saúde; Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica.

SPECIALIZED SERVICES IN NEW TECHNOLOGIES FOR THE TREATMENT OF HEPATITIS C

ABSTRACT: The Secretary for Science, Technology and Strategic Products of the Ministry of Health (Rule 20, of 25/7/2012) authorized the use of viral protease inhibitors in the treatment of Hepatitis C as a new technology of the Brazilian Health System. Its implementation requires that specialized service complies with criteria established by the Clinical Protocol and Therapeutic Directions. The adherence of specialized services in the treatment of Hepatitis C with viral protease inhibitors should be verified. Current quantitative analysis was undertaken within the area of the Epidemiological Vigilance Group XVII in Campinas SP Brazil, between 5/1/13 and 5/12/2013. Sixty-five credence petitions for specialized services were evaluated in the state of São Paulo, Brazil, of which 10 were concentrated within the region under analysis. Documents mainly concerned with the attendance flux patients with Hepatitis C were analyzed, coupled to the interlinked support network. Eight services in the region analyzed received

credence. Although two services were not adopted, the number of adhesions of specialized services revealed the interest of health managers to attend to criteria established by the Clinical Protocol. The administration of patients for Hepatitis C treatment requires proper infrastructure since therapy success represents hope in the patients' lives.

KEY WORDS: Hepatitis C; Brazilian Health Service; Health Vigilance; Epidemiological Vigilance.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da Hepatite C (HCV) representa atualmente um dos mais relevantes problemas de saúde pública, devido a características como o longo período de infecção assintomática na forma da doença crônica (FAGUNDES et al., 2008). Entretanto, estudos indicam que, da população mundial, cerca de 350.000 a 500.000 pessoas morrem a cada ano de doenças hepáticas relacionadas à Hepatite C, como a cirrose e o carcinoma hepatocelular (WHO, 2014).

O tratamento da HCV objetiva deter a progressão da doença hepática pela inibição da replicação viral. A redução da atividade inflamatória costuma impedir a evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular, havendo também melhora na qualidade de vida dos pacientes (STRAUSS, 2001).

Os primeiros antivirais de ação direta são o boceprevir (BOC) e o telaprevir (TRS), que pertencem à classe de inibidores de protease (IP) (BRASIL, 2013a). Podem curar a infecção da HCV, mas o acesso ao diagnóstico e tratamento é baixo (WHO, 2014).

No Brasil, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 20, de 25 de julho de 2012, o uso de IP, como nova tecnologia do Sistema Único de Saúde (SUS), representando grande esperança para pacientes que apresentam os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para HCV (BRASIL, 2013a).

Entretanto, os IP são utilizados em associação com alfapeginterferona e ribavirina, constituindo assim uma terapia tripla, concedida pelo SUS exclusivamente para monoinfectados pelo genótipo 1 do HCV, com

fibrose avançada (Metavir F3 e F4) ou cirrose hepática compensada (Child-Pugh ≤ 6) e ausência de tratamento prévio com BOC e TRS (BRASIL, 2013a).

A eventualidade da ocorrência de efeitos adversos, durante o tratamento da HCV, decorrentes do uso de BOC e TRS, pressupõe a necessidade de uma rede de serviço de média e alta complexidade que demanda gerenciamento de saúde local, de modo a promover e efetivar a articulação desses serviços na busca de atendimento integral ao paciente.

Os principais efeitos adversos relatados são: dor de cabeça, cansaço, fadiga, depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, febre, tontura, dor torácica, dificuldade de concentração, perda de cabelo, coceiras, secura na pele, borramento da visão, alteração no paladar (gosto metálico na boca), estomatite, náuseas, perda de apetite, diarreia, dor abdominal, perda de peso, dor muscular, infecções, reações alérgicas de pele, hipertireoidismo e hipotireoidismo, vômitos, indigestão, diminuição das células do sangue (plaquetas, neutrófilos, hemácias), tosse, rinite, conjuntivite, faringite, sinusite, pressão baixa, coceira na região anal e provável exacerbação dos sintomas de hemorroidas e fístulas anais (BRASIL, 2013a).

Contudo, podem ocorrer efeitos adversos menos frequentes, porém mais graves: comportamento agressivo, aumento da atividade de doenças autoimunes, infarto do miocárdio, pneumonia, arritmias, isquemias, anemia (que pode levar à necessidade de transfusão de sangue), lesões cutâneas passíveis de comprometer mais de 50% da superfície corporal, podendo implicar a necessidade de cuidados médicos especializados, incluindo internação hospitalar (BRASIL, 2013a).

Assim, a implementação destas drogas requer adesão dos serviços especializados que atendam aos critérios de credenciamento, visto que os pacientes necessitam dispor de uma adequada infraestrutura e recursos humanos que garantam abordagem técnica adequada e segura.

A incorporação dos IP condicionou a reorganização da Rede Assistencial no SUS, sobretudo porque os novos medicamentos, apesar de sua efetividade, têm sido associados ao aumento de eventos adversos, complicações clínicas e difícil manejo clínico-laboratorial.

No Estado de São Paulo a implantação do PCDT iniciou-se em janeiro de 2013 e seguiu a Nota Técnica Conjunta nº 01/2013 - DDAHV/SVS/MS e DAF/SCTIE/MS (BRASIL, 2013). Posteriormente, atualizou o fluxo de dispensação de BOC e TRS no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP (SÃO PAULO, 2013).

A atualização do fluxo de referência para tratamento da HC crônica com IP no SUS trouxe à realidade do Estado de São Paulo um movimento para adesão e credenciamento de novos Serviços Especializados. Assim, conforme acordado na reunião do Comitê Técnico Assessor de Hepatites Virais da SES/SP, realizada no dia 11/10/2013, definiu-se (SÃO PAULO, 2013):

- Os serviços de saúde do SUS que atendem pacientes com indicação para tratamento da HC crônica com IP deverão estar credenciados no Programa Estadual de Hepatites Virais (PEHV) para uso de IP no Estado de São Paulo - ESP;
- Os serviços de saúde do SUS que atendem pacientes com indicação para tratamento da HC crônica com IP que não realizarem o credenciamento no PEHV para uso de IP no Estado de São Paulo terão que pactuar no Colegiado de Gestão Regional um fluxo de encaminhamento desses pacientes para os serviços de saúde já credenciados na região de saúde;
- Os serviços de saúde do SUS credenciados no PEHV para uso de IP no ESP não farão mais uso do sistema HÓRUS-Especializado para controle da disposição da terapia tripla;
- A dispensação das medicações ficará centralizada nas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME), que utilizam o sistema MEDEX;
- Os pacientes da Saúde Suplementar ou da rede privada deverão retirar a medicação diretamente nas FME, munidos das mesmas documentações dos pacientes que são atendidos nos serviços de saúde do SUS.

Considerando as exigências do fluxo de atendimento local, este estudo teve como objetivo verificar a adesão dos serviços especializados no tratamento da HCV com IP.

2 MATERIAL E MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, com dados disponibilizados pelo Programa Estadual de Hepatites Virais (PEHV) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP).

Assim, obtivemos a relação dos serviços especializados do Estado de São Paulo, que enviaram documentação para solicitação de credenciamento para o manejo de IP no tratamento do HCV e realizamos uma análise detalhada sobre a existência do fluxo com condições de atendimento ao paciente em tratamento da HVC nos serviços especializados da região da abrangência do GVEXVII-Campinas, no período de 05/01a 05/12/2013.

A região de abrangência do Grupo de Vigilância Epidemiológica XVII-Campinas (GVEXVII - Campinas), Estado de São Paulo, Brasil é composta por 42 municípios distribuídos em quatro regiões de saúde: Bragança Paulista, Campinas, Oeste e Jundiá. Representa uma das regiões mais populosas do Estado de São Paulo, constituindo-se um dos principais aglomerados urbano-industriais do país, abrigando diversos polos industriais, agropecuários e de serviços, de turismo, comércio, além de um grande polo de pesquisa científica e educacional com capacidade instalada dos serviços de saúde, rede de laboratórios e de vigilância em saúde aprimorada.

3 RESULTADOS

No Estado de São Paulo foram avaliados 65 serviços especializados, que apresentaram documentação para solicitação de credenciamento no manejo de IP no tratamento do HCV, dos quais dez na abrangência do GVEXVII-Campinas.

Da análise das dez solicitações desta região, 80% atenderam aos requisitos propostos e foram

credenciados, por estabelecerem o fluxo de atendimento do paciente, com disponibilidade de rede de serviços “interligados”, de modo a garantir o tratamento do HCV com segurança.

Assim, os oito serviços especializados credenciados foram: SAE de Americana, Hospital de Clínicas da UNICAMP de Campinas, Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC de Campinas, CTA e Ambulatório de Hepatites Virais Ouro Verde da Prefeitura Municipal de Campinas, Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas de Jundiaí, Centro de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva de Sumaré, CTA de Valinhos e CTA Casa Verde de Vinhedo.

4 DISCUSSÃO

A Reforma Sanitária no Brasil, concretizada através do SUS, pode ser entendida como um projeto o qual traz, em seu bojo, mais do que uma política de reforma setorial na área da saúde, mas visa promover “uma reforma geral, tendo como horizonte uma reforma dos modos de vida” (PAIM, 2008).

A relação existente entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade formam uma base de sustentação que possibilita uma porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, assim como o desenvolvimento das ações de saúde, sendo fundamental o conhecimento e o reconhecimento destes princípios tanto pelos profissionais da saúde como pelos usuários do SUS (ALMEIDA, 2012).

Gestores de distintas esferas de governo têm assinalado que a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção. Segundo avaliação de um presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, há “um estrangulamento no acesso aos procedimentos de média complexidade. Isso afeta todos os municípios” (PIMENTA, 2005).

O modo de gerenciar a saúde deve considerar o SUS como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático (CAMPOS, 1992). Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo

de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008).

As dificuldades enfrentadas, em parte atinentes à necessidade de reconfigurar a organização dos serviços e os modos de gestão do sistema de saúde, nos indicam também a importância em ampliar as estratégias de formação e qualificação profissional, uma vez que a consolidação do SUS requer trabalhadores capazes de fomentar e atuar na consecução das transformações almejadas (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Assim, a integração de serviços por meio de redes assistenciais depende fundamentalmente da cooperação do gestor e profissionais da saúde local que possibilitem o atendimento especializado para o tratamento da Hepatite C, tendo em vista que os princípios que regem o SUS são também reconhecidos como pilares de sustentação que norteiam todas as ações de saúde, às quais são desenvolvidas tanto na Atenção Básica como na rede de serviços de saúde especializada de média e alta complexidade (ALMEIDA, 2012).

A adesão dos serviços especializados à nova tecnologia em saúde requer uma implementação que busque soluções que respeitem as particularidades regionais socioculturais, estabelecendo um fluxo de atendimento com foco no cuidado em saúde e na facilitação de todos os recursos terapêuticos inclusive para a dispensação dos medicamentos.

A tecnologia no processo de trabalho em saúde abarca o saber e seus desdobramentos no uso de tecnologia leve e dura, que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe, ao mesmo tempo, um sentido social articulado. A tecnologia, então, inclui saberes, procedimentos, equipamentos e suas formas de articulação no processo de trabalho, que devem ser constantemente renovados e avaliados (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A singularidade da região do GVEXVII-Campinas mostrou-se importante no que se refere à demanda de articulações que, coordenadas pelo gestor local e os profissionais de saúde dos serviços especializados, conduziram com efetividade o desenvolvimento do fluxo

de atendimento promovendo a adesão da nova tecnologia para o tratamento do HCV.

A implementação do PCDT para HCV na esfera local deve estar associada a um trabalho coordenado, cuja operacionalização se assente potencialmente nas relações que envolvem pessoas, tecnologias e recursos. Cabe, portanto, ao gestor, ter habilidades para mediar, manter e transformar essas relações em função das necessidades da população (TRIGUEIRO et al., 2011).

Uma coordenação efetiva é determinante neste processo, cujos efeitos estarão diretamente relacionados à capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, organizativos, políticos e financeiros em função do tempo, prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas (SOTO, 2013).

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Considerando estudos que demonstram que o HCV acomete principalmente os indivíduos do sexo masculino, que apresentam comportamentos de risco, os usuários de drogas ilícitas, os indivíduos submetidos a transfusões sanguíneas, sobretudo antes de 1993 (SILVA et al., 2015), e simultaneamente considerando a complexidade, a fragilidade do manejo no tratamento da HVC, é indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

5 CONCLUSÃO

A disponibilidade de IP no tratamento das hepatites virais pelo SUS, e os critérios estabelecidos para sua efetivação, trouxe novas esperanças aos pacientes portadores desta patologia, considerando que a sua indicação e aplicação requer uma adequada infraestrutura

e recursos humanos que garantam abordagem técnica adequada e segura.

A adesão dos serviços especializados mostrou que a maioria dos gestores da saúde visualizou e viabilizou a possibilidade de trilhar um caminho inovador e transformador para vencer as barreiras que impedem a efetividade do cuidado em saúde, buscando soluções, respeitando as particularidades de cada região, articulando recursos para efetivar o acesso à nova tecnologia e assim possibilitar o controle da doença, assim como melhorar a qualidade de vida desta população.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MARTINS, C. M.; GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 247-257, 2008.

ALMEIDA, R. T. **Comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto Feliz - SP: acesso a integralidade?** 2012. 103f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2013 – DDAHV/SVS/MS e DAF/SCTIE/MS.** Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Departamento de DST e AIDS e Hepatites Virais - DDAHV. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF. Brasília, DF, fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suplemento 2: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Co-infecções.** Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada. Brasília, DF, out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Projeto político-pedagógico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- FAGUNDES, G. D.; BONAZZA, V.; CERETTA, L. B.; BACK, Á. J.; BETTIOL, J. Detection of the Hepatitis C virus in a population of adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 396-400, 2008.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PIMENTA, A. L. Entrevista. Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, 07/2005. Edição 215.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Nota Técnica Conjunta PEHV/CVE/SES-SP e GAF/CCTIES/SES-SP nº 01/2013**. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Hepatites Virais. Programa Estadual de Hepatites Virais B e C. São Paulo, 2013.
- SILVA, R. C. N.; RODRIGUES NETO, E.M.; MARQUES, L.A.R.V.; LOTIF, M.A.L.; DIÓGENES, E.S.G.; ALVES, R.S. Abuso de drogas: relação entre Hepatite C e co-infecção com HIV. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 141-148, jan./abr. 2015.
- SOTO, M. J. D. C. M. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. *São Paulo em Perspec.*, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 198-204, 2003.
- STRAUSS, E. H. C. Hepatite C. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 34, n. 1, p. 69-82, fev. 2001.
- TRIGUEIRO, J. V. S.; NOGUEIRA, J.A.; DE SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.; TRIGUEIRO, D.R. Tuberculosis control: decentralization, local planning and management specificities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, 2011.
- WHO. Hepatitis C. Fact Sheet nº 164. Updated April 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

Recebido em: 30 de junho de 2015

Aceito em: 26 de julho de 2015