

Mapeamento da produção diagnóstica em hepatites virais (hepatite C) no Brasil

Mapping of the diagnostic production in viral hepatitis (hepatitis C) in Brazil

Paola de Souza Marinheiro¹

Bacharelada em Farmácia-Bioquímica. Estagiária de Farmacoeconomia em Bristol-Myers Squibb. São Paulo, SP.

Ana Paula Casagrande D. Oliveira

Licenciada em Matemática. Coordenadora de Farmacoeconomia em Bristol-Myers Squibb. São Paulo, SP.

Graziela Dalla Rosa

Bernardino

Bacharel em Farmácia. Gerente de Farmacoeconomia e Preços em Bristol-Myers Squibb. São Paulo, SP.

Resumo: *Objetivo:* Mapear indicadores de hepatite C no Brasil, confrontando dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e estimando desempenho no diagnóstico e assistência ao tratamento de hepatite por regiões do Brasil. *Método:* As fontes públicas oficiais foram utilizadas para o levantamento de dados de 2010 a 2014. Para obtenção de informações sociodemográficas e produção de saúde, as bases do IBGE e DATASUS foram utilizadas, respectivamente. *Resultados/Discussão:* Observou-se que o crescimento demográfico ocorreu em todas as regiões de ano a ano, porém foi maior no Norte e Centro-Oeste, refletindo um novo cenário econômico. O primeiro passo na diagnose da hepatite C é a sorologia. Observou-se que ela é uniformemente distribuída em todas as regiões. E cresce todo ano, com destaque no Centro-Oeste, mas também Sudeste e Sul. O exame PCR qualitativo tornou-se obsoleto a partir da oferta maior de métodos quantitativos, em especial do Real Time PCR, que cobriu a lacuna do quantitativo, com vantagens. O PCR quantitativo, por sua vez, teve um crescimento exponencial no Sul e Sudeste, e se manteve em elevada utilização. *Conclusão:* a melhor estratégia para fortalecer o acesso às terapias e a eliminação da hepatite C é distinta para cada região. Para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, identificou-se a necessidade de uma melhor organização de serviços assistenciais, incluindo mais médicos treinados para o manejo da hepatite C. Para todas as regiões a oferta de metodologia não invasiva para diagnose seria uma ferramenta essencial para ampliar e qualificar a assistência à hepatite C.

Palavras-chave: Hepatite; Hepatite C; Diagnóstico; Hepatites virais; HCV.

Abstract: *Objective:* To map indicators of hepatitis C in Brazil, comparing the data of IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and estimating the health system performance in the diagnosis and care of hepatitis by regions. *Methods:* Official public sources were used for data collection from 2010 to 2014. For obtaining socio-demographic and health information, IBGE and DATASUS databases were used respectively. *Results/Discussion:* A population growth was observed in all regions, but was greater in the North and Central-West, reflecting a new economic scenario. The first step in diagnosis of hepatitis C is the serology. It was discovered that it is evenly distributed in all regions, and grows every year, especially, in the Central-West, but also in Southeast and South. The qualitative PCR exam became obsolete from the largest offer of quantitative methods, in particular, Real Time PCR, which covered a gap in the quantitative method with advantages. Quantitative PCR, on the other hand, had an exponential growth in South and Southeast and remained in high use. *Conclusion:* the best strategy to strengthen access to therapies and the future elimination of hepatitis C is distinct for each region of the country. To the North, Northeast and Central-West, it was identified the need for better organization of health services, including more physicians, trained for the management of hepatitis C. Moreover, to all regions the offering of non-invasive diagnosis methodology would be an essential tool to expand and qualify the assistance to hepatitis C.

Keywords: Hepatitis; Hepatitis C; Diagnosis; Viral hepatitis; HCV.

¹ paolamarinheiro@bms.com

Introdução

A hepatite C é, hoje, a principal causa de doença hepática crônica e a principal indicação para transplante hepático em países desenvolvidos, e, no Brasil, é a doença veiculada por sangue mais prevalente. Estima-se que existam entre 1,4 a 1,7 milhões de infectados no Brasil; aproximadamente 10.000 casos são notificados a cada ano.^{1,2}

Após a infecção, há uma elevada taxa de cronicidade, ao redor de 60% dos pacientes. Além disso, possui, como características relevantes, ser habitualmente assintomática e apresentar evolução clínica lenta.

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.³ Com a integração do PNHV ao Departamento de DST e Aids, daquela secretaria, em 2009, planos de ação bianuais passaram a definir uma nova forma de lidar com as demandas geradas pelas hepatites virais no Brasil, estabelecendo metas para o seu controle e protocolos clínicos e consensos que definiram o padrão de manejo clínico dos pacientes, incluindo a indicação de terapias e a forma de acesso aos serviços de saúde.

Em 2011 foram incorporados ao SUS os testes rápidos para hepatite C e B com o intuito de antecipar o diagnóstico dessas doenças, que geralmente são diagnosticadas apenas em sua fase crônica.¹

A alteração do protocolo de tratamento, realizada em 2013 e atualizada em 2015, é considerada um avanço no combate a essa doença, pois possibilita a cobertura do atendimento aos pacientes de pior resposta à terapia, garantindo uma melhor qualidade de vida ao paciente/usuário.¹

Também em 2015 foi publicado o *Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais* que teve como objetivo orientar os profissionais de saúde no momento da realização dos testes laboratoriais e ampliar as possibilidades de diagnóstico.⁴

Objetivos

Mapear indicadores de hepatites virais (hepatite C) no Brasil, confrontar com os dados do IBGE e estimar o desempenho por áreas territoriais no diagnóstico e assistência da hepatite no Brasil.

Método

Este trabalho foi realizado tendo como base a estrutura de construção de indicadores de saúde. Os indicadores selecionados foram aqueles necessários para atingir os objetivos do trabalho. Nesse caso levaram-se em consideração as seguintes condicionantes:

- i. acesso a dados confiáveis e sistemas de informação oficiais;
- ii. possibilidade de compatibilizar os dados e agregação dos mesmos;
- iii. comparabilidade da informação entre os dados levantados;
- iv. relação da informação produzida com a oferta de procedimentos, garantindo uma avaliação da rede e um mapa da estrutura atual do diagnóstico e tratamento da HCV no país.

Para tanto, utilizaram-se para obtenção de informações sócio demográficas e de produção de saúde as bases oficiais e públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), respectivamente.

Escolhemos três grupos de procedimentos de complexidade distinta e extremamente relevantes na condução médica dos casos para aferir a capacidade instalada de assistência e diagnose das hepatites, em especial da hepatite C, no Brasil: o diagnóstico sorológico tradicional, o PCR quantitativo e qualitativo, e o teste rápido plasmático.

As tabelas apresentam dados para regiões do Brasil, em anos selecionados – de 2010 a 2014 – de forma a construir uma série histórica.

Esse período foi escolhido considerando uma série histórica de cinco anos, demonstrando os dados de produção ambulatorial e hospitalar, considerando as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC). Finalmente, estabeleceu-se uma convergência dos dados de forma a gerar um retrato da produção e acesso da população aos procedimentos de diagnóstico, tratamento e monitoramento do HCV, bem como sua evolução no período de 2010 a 2014.

Resultados

A análise da série histórica analisada mostra um aumento da taxa de diagnóstico de hepatite C de 0,16 para 0,20 casos por 100 mil habitantes, considerando o país como um todo (Tabela 1).³

Tabela 1. Taxa de Incidência de Hepatite C (CID 17.1) (por 100 mil habitantes), segundo a macrorregião e o ano. Brasil, 2010-2014.

<i>Região</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Norte	0,29	0,39	0,41	0,43	0,54
Nordeste	0,08	0,07	0,06	0,06	0,10
Sudeste	0,17	0,18	0,17	0,15	0,17
Sul	0,23	0,25	0,24	0,25	0,28
Centro-Oeste	0,14	0,18	0,13	0,10	0,16
Total	0,16	0,18	0,16	0,16	0,20

Fonte: SINAN/SVS/MS⁵

As tabelas a seguir mostram a oferta de testes avaliados neste estudo, discriminados por ano e por região.

Tabela 2. Oferta de sorologia VHC (por 100.000 habitantes), segundo o ano e a macrorregião. Brasil, 2010-2014.

<i>Região</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Norte	433,2	689,3	602,1	582,3	712,6
Nordeste	402,2	545,7	597,1	578,9	775,1
Sudeste	1043,6	1298,6	1506,3	1605,3	1640,8
Sul	735,0	891,7	974,6	1006,3	1092,3
Centro-Oeste	1891,3	1808,7	2063,3	2058,5	1911,5

Fonte: SIGTP; TABWIN; CNES/DataSUS/MS5

Tabela 3. Oferta de PCR Qualitativo VHC (por 100.000 habitantes), segundo o ano e a macrorregião. Brasil, 2010-2014.

<i>Região</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Norte	7,0	8,6	7,8	7,1	2,2
Nordeste	6,0	8,2	6,4	1,9	0,1
Sudeste	29,8	32,7	24,3	6,1	3,8
Sul	20,0	20,0	11,2	9,6	5,9
Centro-Oeste	5,8	8,2	9,9	2,4	0,6

Fonte: SIGTP; TABWIN; CNES/DataSUS/MS5

Tabela 4. Oferta de PCR Quantitativo VHC (por 100.000 habitantes), segundo o ano e a macrorregião. Brasil, 2010-2014.

<i>Região</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Norte	4,6	5,3	8,2	12,2	12,5
Nordeste	3,6	5,2	6,0	8,3	9,6
Sudeste	6,1	8,9	25,2	40,2	45,8
Sul	15,4	19,7	54,3	56,8	64,6
Centro-Oeste	4,5	6,2	9,4	15,0	19,1

Fonte: SIGTP; TABWIN; CNES/DataSUS/MS5

Tabela 5. Oferta de Teste Rápido VHC (/100.000 habitantes), segundo o ano e a macrorregião. Brasil, 2010-2014.

<i>Região</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Norte	-	-	-	18,94	160,25
Nordeste	-	-	-	6,26	53,65
Sudeste	-	-	-	8,83	60,28
Sul	-	-	-	3,72	122,79
Centro-Oeste	-	-	-	1,65	32,56

Fonte: SIGTP; TABWIN; CNES/DataSUS/MS5

Discussão

Os dados públicos disponíveis na base do DataSUS configuram-se em ferramenta potente que permite um diagnóstico, se não exato, muito próximo da realidade assistencial das hepatites, em especial da hepatite C, no Brasil.

Nesse contexto, é importante considerar a possibilidade da reversão de fenômenos migratórios tradicionais rumo ao sul e sudeste do Brasil. Observou-se que o crescimento demográfico ocorreu em todas as regiões do Brasil, porém foi proporcionalmente maior nas regiões Norte e Centro-Oeste, provavelmente refletindo esse novo cenário econômico.

O primeiro passo na diagnose da hepatite C é a sorologia. Observou-se que esse procedimento se encontra uniformemente distribuído em todas as regiões, e que sua realização cresce ano a ano, com destaque na região Centro-Oeste, mas também Sudeste e Sul.

A introdução do teste rápido foi extremamente importante, em regiões de maior dificuldade assistencial, como a região Norte. No Sul do Brasil tam-

bém houve destaque na sua aceitação. Dessa forma é possível recomendar sua utilização como estratégia de valor na triagem diagnóstica em larga escala (campanhas) e também na rotina assistencial. Enfatize-se a necessidade de confirmação por métodos complementares de Biologia Molecular.

O PCR qualitativo teve um papel decisivo na confirmação diagnóstica e mesmo na definição da resposta à terapia. Reflete, nitidamente, a distribuição e organização heterogêneas dos serviços diagnósticos: enquanto nas regiões Sudeste e Sul há uma oferta relevante, nas demais regiões observou-se uma menor oferta/demanda.

Por outro lado, a inovação tecnológica ocorreu de forma homogênea e simultânea nas cinco regiões do Brasil pois vemos que, entre 2013 e 2014, houve uma relevante redução na demanda por esse exame. Portanto, a capacidade de absorção de novas tecnologias e de incorporação dessas tecnologias mostra-se uniforme.

O PCR qualitativo tornou-se obsoleto a partir da oferta maior de métodos quantitativos, em especial do *Real Time PCR* cuja linearidade cobriu a lacuna

do quantitativo com vantagens. O PCR quantitativo, por sua vez, teve um crescimento exponencial nas regiões Sul e Sudeste. E manteve-se em elevada utilização. Nas demais regiões notam-se uma expansão, porém muito mais acanhada. Em 2011 a oferta dos testes de biologia molecular passou a ser centralizada e em 2013, foram incorporados no tratamento de HCV os inibidores de proteases, que demandam uma série de aferições para tomada de decisão que necessitam da realização desses testes. Essas ações podem justificar o aumento de sua utilização a partir de 2012.⁷

Ainda que haja oferta em todo território, o crescimento se deu de forma distinta, sendo possível inferir que a capacidade médico-assistencial das regiões Norte, Nordeste e, até, Centro-Oeste, é inferior às das regiões Sul e Sudeste.

Conclusão

Pode-se concluir que, além de programas governamentais e não governamentais que buscam ampliar o acesso à saúde em âmbito nacional, a melhor estratégia para a eliminação da hepatite C é distinta para cada região.

Em todas as regiões, a oferta de metodologias não-invasivas para diagnose seria essencial para ampliar e qualificar a assistência à hepatite C.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [online] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_hepatite_co_coinfeccoes.pdf [acesso em jun. 2015].
2. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Relatório de Recomendação: simeprevir, sofosbuvir e daclatasvir no tratamento da hepatite crônica tipo C e coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 [online]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Antivirais_HepatiteC_final.pdf [acesso em jun. 2015].
3. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 263, de 5 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*. Sec. I, p. 49, col. 2, 6 fev. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0263_05_02_2002.html [acesso em mar. 2017].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [online] Disponível em: <http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/04162030-manual-diagnostico-das-hepatites-virais-ms-2015.pdf> [acesso em jun. 2015].
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). *Base de Dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan*. [online] Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf> [acesso em jun. 2015].
6. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). *Base de Dados: SIGTAP, TABWIN, CNES*. [online] <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3> [acesso em jun. 2015].
7. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Histórico das ações de hepatites virais*. [online] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historico-das-acoes-de-hepatites-virais> [acesso em mai. 2017]

Organismo financiador: Este estudo foi patrocinado pela Bristol-Myers Squibb

Recebido em: 20/03/2017

Aceito para publicação em: 29/08/2017.