

**Relatório de Pesquisa**

**Enfrentamento à  
Hepatite C no Brasil:  
Vigilância, Controle  
e Assistência**



São Paulo, 15 de maio de 2022

## **Relatório de Pesquisa 01**

# **Enfrentamento à Hepatite C no Brasil: Vigilância, Controle e Assistência**

**Andreza Davidian**, pesquisadora FGV EAESP

**Elize Massard da Fonseca**, professora e pesquisadora da FGV EAESP, investigadora principal do projeto *Newton Fund Institutional Links*



**Equipe FGV:**

**Elize Massard da Fonseca**, investigador principal

**Andreza Davidian**, pesquisadora

**Carolina Fausto Coutinho**, pesquisadora

**Helena de Moares Achcar**, pesquisadora

**Luísa Bolaffi Arantes**, pesquisadora

**Equipe Fiocruz:**

**Francisco Inácio Bastos**, investigador principal

**Jurema Motta**

**Equipe LSE:**

**Kenneth Shadlen**, investigador principal

**Eduardo Mercadante Santino**

**Financiamento chamada Institutional Links on Impact and Evidence-based Policies:**


**Fundação Getúlio Vargas**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Newton Fund / British Council**

**Revisão:**

**Mariana Nazima**



Essa pesquisa teve por objetivo analisar a evolução da governança do programa de enfrentamento às hepatites virais no Ministério da Saúde. Mais especificamente, este relatório analisa como o Programa Nacional de Hepatites Virais evoluiu ao longo do tempo, quais as arenas decisórias e atores no plano nacional, e como foram produzidas as decisões que definiram a resposta do Brasil ao HCV.

A primeira do relatório parte contextualiza o caso do Brasil no cenário global de enfrentamento à hepatite C, evidenciando como o país foi pioneiro frente as iniciativas internacionais. A segunda parte analisa a criação de um programa para controle das hepatites, mimetizando a experiência exitosa da resposta ao HIV/Aids, porém com recursos e capacidades limitadas. A seção esmiuça a construção institucional e de políticas públicas para o controle da hepatite em um país de dimensões continentais e desigualdades históricas. Por fim, a terceira parte a integração do programa de hepatites com o de HIV/Aids, a reengenharia organizacional para acomodar a inclusão das novas terapias para o tratamento da hepatite C e a integração das ações de controle da hepatite C com a atenção primária.

## O Brasil frente ao cenário global de enfrentamento à hepatite C

Em 2010 a Assembleia Mundial da Saúde reconheceu as hepatites virais como um problema global de saúde pública com base na estimativa de que haveria mais de 350 milhões de pessoas cronicamente infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV), e entre 130 e 170 milhões pelo vírus do HCV<sup>1</sup>. A partir daí foi criado o Programa Global de Hepatites Virais no âmbito do Departamento de Doenças Pandêmicas e Epidêmicas da Organização Mundial da Saúde (OMS), que até então não dispunha de uma estratégia abrangente de enfrentamento a essa “epidemia silenciosa”. Em 2012 foi lançado o primeiro quadro de ação global voltado às hepatites virais, e três anos depois foi firmada a meta de eliminação da doença até 2030 no marco da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2012, 2016a, 2016b)<sup>2</sup>. A agenda da OMS ganhou impulso com a entrada novos medicamentos antivirais de ação direta (DAAs), pois até então as ações se davam principalmente nos esforços fragmentados de prevenção e controle<sup>3</sup>.

Na esteira da resposta ao HIV/Aids, a oferta dos antivirais de ação direta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) colocou o Brasil entre os primeiros sistemas de saúde do mundo a universalizar o tratamento, em direção à meta de eliminação. O Brasil teria ao menos uma década de vantagem em relação à iniciativa global tendo em vista que sua estratégia nacional de enfrentamento às hepatites virais foi oficializada em 2002.

Por si sós, esses elementos sugerem a relevância da experiência brasileira. Há ainda algo fundamental sobre a evolução dessa política pública que diz respeito à integração das hepatites virais a outras doenças – HIV/Aids, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e,

---

<sup>1</sup> Vide resolução da Assembleia Mundial da Saúde (documento WHA63.18).

<sup>2</sup> Vide relatório do Conselho Executivo da OMS de 2015 (documento EB138/30).

<sup>3</sup> O exame de documentos oficiais permitiu reconstituir essa linha de atuação. Na tabela no anexo deste relatório encontra-se a relação completa de todos os documentos citados.

mais recentemente, tuberculose e hanseníase. Com efeito, há décadas vem sendo discutida a eficácia de programas verticais voltados a agravos específicos vis-à-vis ações transversais mais integradas à atenção primária (Atun et al., 2008; De Maeseneer et al., 2008; Dudley & Garner, 2011; Mills, 1983; Oliveira-Cruz et al., 2003; Unge et al., 2003). Esse deslocamento seria consoante à preconização da atenção primária como estratégia principal para promover saúde para todos (WHO, 1978, 2018). Novas tecnologias simplificaram o manejo dessas doenças, favorecendo abordagens combinadas com potencial de otimizar serviços e racionalizar recursos. Isso seria crucial visto que os mecanismos internacionais de financiamento que tanto impulsionaram a resposta ao HIV/Aids não responderam da mesma forma às hepatites virais<sup>4</sup>. E, principalmente, esse novo desenho de governança de ações para doenças crônicas facilitaria o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento.

Sob esse aspecto a experiência brasileira foi também pioneira. A integração do PNHV ocorreu em 2009, seguindo recomendações internacionais para que os governos integrassem as respostas programáticas a esses agravos (Dominguez, 2012), ao passo que as estratégias globais passaram a ser desenvolvidas efetivamente em conjunto apenas a partir de 2015, quando o programa das hepatites deixa de se vincular ao Departamento de Doenças Pandêmicas e Epidêmicas para compor o Departamento dos Programas Globais de HIV, Hepatite e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Com isso foi organizada uma estrutura comum e processos de consulta foram coordenados no sentido de uma abordagem de saúde pública mais integrada<sup>5</sup>.

A análise detalhada da evolução de uma política pública complexa tal como a das hepatites virais é uma oportunidade valiosa para observar como decisões são sensíveis a demandas técnicas, sociais e políticas. O caso brasileiro é ainda mais interessante se considerado que todos os avanços descritos se produziram em um sistema de saúde cuja governança envolve atores de diversas esferas, em que pressões financeiras são constantes e a fragmentação política afeta a tomada de decisão. Uma das lições dessa experiência é que competência, destreza política e voluntarismo por parte de gestores e técnicos foram fundamentais para contornar defasagens institucionais, construir coalizões de apoio e estruturar a resposta do Brasil à epidemia do HCV.

---

<sup>4</sup> *Havia expectativa de que as hepatites virais se valessem dos investimentos voltados ao HIV/Aids, notadamente por meio do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, a princípio por meio do diagnóstico e tratamento de pacientes coinfectados (documento EB134/36). Todavia, as respostas globais às hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis historicamente se beneficiaram menos desses investimentos se comparadas às respostas a essas outras doenças. Mobilizar novas parcerias por meio de doadores bilaterais e multilaterais, agências de desenvolvimento e fundos internacionais segue sendo um objetivo para viabilizar as metas de 2030 (documento GHSS 2022–2030 v. 2.0).*

<sup>5</sup> *Vide resolução da Assembleia Mundial da Saúde (documento WHA69.22).*

## **Primeiros passos da política nacional de hepatites virais no Brasil**

O vírus da hepatite C foi descrito pela primeira vez em 1989, em estudos científicos que identificaram sua ação através da produção de anticorpos específicos (Choo et al., 1989; Kuo et al., 1989). Com essa descoberta foi possível conter a contaminação pela difusão da sorologia para HCV, que em 1993 passou a ser exigida no Brasil para a doação de sangue (Portaria GM/MS 1.376/1993). Essa foi a primeira ação nacional voltada ao agravo. As iniciativas seminais no âmbito do tratamento se deram em meados dessa década, no contexto de reorientação da assistência farmacêutica com a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998). A política promovia o tratamento de doenças crônico-degenerativas, como era o caso da hepatite C, e garantia a oferta de procedimentos terapêuticos com medicamentos de alto custo pelo SUS.

Novos estudos do final da década permitiram revelar as características biológicas do vírus e a gravidade da evolução clínica da doença – especialmente as que apresentam formas crônicas, como a B e a C (Hu et al., 2020). Com o aumento gradativo do número de diagnósticos, em 1999 a hepatite C foi incluída na lista nacional de doenças de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.461/1999). No ano seguinte foi estabelecido o primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que era definido no escopo da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (Portaria GM/MS nº 639/2000). O documento normatizava como tratamento da hepatite C os medicamentos excepcionais que constavam na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). O PCDT estabelecido pelo ministério passou então a orientar as secretarias de saúde de estados e municípios na realização de exames laboratoriais de diagnóstico, e no acompanhamento e na dispensação dos medicamentos.

A doença começou a ganhar saliência como problema de saúde pública a partir de projeções feitas com base nos dados de notificação compulsória e em estudos realizados em determinadas áreas geográficas e com grupos específicos (doadores de sangue, pessoas

vivendo com HIV/Aids, usuários de drogas injetáveis e populações indígenas) (Brasil, 2002a). As primeiras discussões no âmbito da vigilância foram conduzidas dentro do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FUNASA), fora da estrutura do ministério àquela altura. O foco do órgão eram doenças de veiculação hídrica e alimentar, já que as doenças sexualmente transmissíveis eram tratadas no escopo do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), que existia desde 1986. Quanto às hepatites virais, faltavam ainda dados substanciais que permitissem aferir o real cenário da recém-descoberta doença.

Os testes sorológicos em casos de suspeita de contaminação eram realizados pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) dos estados, estruturas responsáveis pelo diagnóstico de doenças relevantes do ponto de vista da vigilância sanitária e epidemiológica (Brasil, 2002a). Ainda era insuficiente a oferta de exames de biologia molecular específicos para genotipagem e detecção da carga viral, do que dependia o esquema terapêutico a ser adotado<sup>6</sup>. Também a oferta de assistência era deficiente e díspar no território. Serviços isolados eram prestados no âmbito estadual, em sua maioria por hospitais e consultórios ligados a universidades. Devido à dificuldade de acesso ao tratamento, a provisão de medicamentos acabava sendo objeto de demandas judiciais dos pacientes, o que obrigava estados e municípios a efetuar compras emergenciais a preços impostos pelos laboratórios (Brasil, 2005). A hepatite C, em particular, era a grande causa de transplante hepático em pacientes cirróticos, o que acabava por onerar o setor público na falta de uma rede diagnóstica e assistencial organizada nacionalmente. Em suma, era necessário dar corpo a essas ações incipientes e dispersas por meio de uma iniciativa mais estruturada.

Os entrevistados para a pesquisa reportaram que a resposta a essa demanda latente foi inicialmente articulada no seio da coordenação do PN-DST/Aids, onde se discutia a interface do HIV com outras endemias para elaboração de consensos terapêuticos. Todavia, em vista da prevalência das hepatites, ficou claro que o agravo não se resumia ao problema da coinfeção – em 2002 estimavam-se dois milhões de portadores crônicos de hepatite B e três milhões de hepatite C, números superiores aos do HIV (Brasil, 2002a). As especificidades epidemiológicas e a complexidade do tratamento e do quadro dos pacientes foram os elementos técnicos motivadores da criação de um programa separado, além de os profissionais envolvidos no manejo das hepatites virais e das IST/Aids não serem os mesmos – hepatologistas notadamente.

---

<sup>6</sup> *A biologia molecular permite captar a infecção pelo vírus antes da sorologia, já no período da janela imunológica, o que seria importante para que o passivo de pacientes portadores fosse identificado. Também permite detectar os casos crônicos da doença.*



De outro lado, a intervenção de grupos organizados pressionava por uma resposta exclusiva que desse visibilidade à doença, reivindicando a diferenciação da hepatite C em relação às IST/Aids no que dizia respeito às vias de contágio (Varaldo 2003, 2013). Em particular, reivindicavam que não se tratava de uma infecção sexualmente transmissível. Do ponto de vista político, havia o receio de que as hepatites acabassem subordinadas ao HIV/Aids. Por fim, optou-se por criar um programa com coordenação própria a fim de construir identidade e dar visibilidade às hepatites virais. Segundo alguns gestores, também não era a preferência por parte de gestores e movimentos sociais de HIV/Aids trazer as hepatites para o programa pelo receio de que o foco e os recursos se dispersassem.

A partir do Comitê Assessor para Coinfecção HIV-Hepatites Virais e por impulso de Marco Antônio D'Ávila Vitória (PN-DST/Aids), foram destacados três consultores para redigir um plano operacional que daria origem ao programa no âmbito do SUS. Eram eles: Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr., médico infectologista com trajetória na gestão pública no estado de Minas Gerais que atuava como consultor ad hoc para o HIV/Aids nas áreas de coinfecção com tuberculose e hepatites virais; Dra. Gerusa Maria Figueiredo, médica infectologista de São Paulo, próxima das áreas de vigilância epidemiológica e medicina preventiva; e Dra. Cristiane Rapparini, médica infectologista do Rio de Janeiro. A tabela 1 apresenta a estruturação PNHV no Ministério da Saúde.

Tabela 1. O PNHV no Ministério da Saúde (2002–2022)

ANO	COORDENADOR	III NÍVEL	DIRETOR	II NÍVEL	SECRETÁRIO	MINISTRO
2002	Antônio Toledo Jr.	<b>DAB</b>	Heloiza Machado de Souza	SPS	Claudio Duarte da Fonseca	José Serra / Barjas Negri
<b>REESTRUTURAÇÃO MINISTERIAL (DECRETO Nº 4.726, DE 9 DE JUNHO DE 2003)</b>						
2003	Antônio Toledo Jr. / Gerusa Figueiredo	<b>DEVEP</b>	Expedito Luna	SVS	Jarbas Barbosa	Humberto Costa
2004	Gerusa Figueiredo					
2005						
2006						Saraiva Felipe / José Agenor Silva
2007			Eduardo Hage		Gerson Penna	José Gomes Temporão
2008	Argemiro D'Oliveira Jr. / Ricardo Gadelha					José Gomes Temporão
2009	Ricardo Gadelha					
<b>REESTRUTURAÇÃO MINISTERIAL (DECRETO Nº 7.336, DE 19 DE OUTUBRO DE 2010)</b>						
2010		<b>DIAPH</b>	Mariângela Simão / Dirceu Greco			
2011	Jorge Eurico Ribeiro		Dirceu Greco		Jarbas Barbosa	Alexandre Padilha
2012						
2013	Jorge Eurico Ribeiro / Elisa Cattapan		Dirceu Greco / Fábio Mesquita			
2014	Elisa Cattapan / Marcelo Naveira		Fábio Mesquita			Arthur Chioro
2015	Marcelo Naveira				Antonio Nardi	Arthur Chioro / Marcelo Castro
2016			Fábio Mesquita / Adele Benzaken			Ricardo Barros
2017	Gláucio Mosimann Jr.				Adeilson Cavalcante	Ricardo Barros / Gilberto Occhi
2018			Adele Benzaken / Gerson Pereira		Osnei Okumoto	Gilberto Occhi
<b>REESTRUTURAÇÃO MINISTERIAL (DECRETO Nº 9.795, DE 17 DE MAIO DE 2019)</b>						
2019		<b>DCCI</b>	Gerson Pereira		Wanderson Kleber de Oliveira	Luiz Henrique Mandetta
2020					Arnaldo Correia de Medeiros	Nelson Teich / Eduardo Pazuello
2021	Ana Cristina Garcia Ferreira					Marcelo Queiroga
2022						

## Nascimento do PNHV

A portaria ministerial de criação do PNHV foi assinada em 05 de fevereiro de 2002 e a equipe foi formada no mês seguinte, dando início aos trabalhos em maio (Portaria GM/MS nº 263/2002)<sup>7</sup>. Todos os gestores e consultores técnicos entrevistados que tiveram contato com esse processo reportaram que o PN-DST/Aids serviu como modelo para o desenho do programa. Isso quanto à organização a partir das linhas de assistência, vigilância e prevenção, e à interação com a sociedade civil, que era um dos pilares da política da Aids. Entretanto, diferentemente da enorme infraestrutura do precursor programa da Aids, as hepatites contavam com uma reduzida equipe vinculada administrativamente ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que abrigou o PNHV durante o primeiro ano de sua existência<sup>8</sup>. Toledo Jr. foi o primeiro coordenador do programa, vinculado ao DAB como supervisor técnico por uma nomeação de DAS 101.4 (cargo correspondente ao de coordenador-geral), enquanto os outros três profissionais da equipe eram contratados como consultores via Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – assessores técnicos da área de prevenção, promoção em saúde e assistência.

No nível central cabia à SPS definir a estrutura operacional básica para o funcionamento do PNHV e adotar as providências necessárias à implementação nacional do programa. Este se organizaria nos três níveis da administração pública segundo os princípios de planejamento regional integrado e hierarquização da assistência do SUS. A prevenção, a identificação e o aconselhamento dos pacientes ficariam sob competência da Atenção Básica, enquanto o diagnóstico e o tratamento nos hospitais, ambulatórios e centros de referência seriam atribuições dos níveis de Média e Alta Complexidade. O comitê interinstitucional de coordenação do PNHV, liderado pela SPS, incorporava ainda a FUNASA (coordenação do sistema de vigilância epidemiológica e da rede de laboratórios de saúde pública); a SAS (coordenação das ações assistenciais de diagnóstico especializado e tratamento); e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (coordenação das ações de vigilância sanitária, incluindo as atividades de prevenção da transmissão sanguínea). Aqui nota-se mais uma dissonância em

---

7 A portaria de criação foi assinada junto a outra que tornava obrigatória a triagem de sangue doado a partir de um novo teste (NAT, teste do ácido nucleico) que detectava a presença do HCV no organismo mais rapidamente, antes da produção de anticorpos (Portaria GM/MS nº 262, de 5 de fevereiro de 2002).

8 Junto à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a SPS se constituía como a principal secretaria do organograma ministerial até a reforma de 2003. Enquanto a SAS se responsabilizava pela assistência médica, principalmente de média e alta complexidade, a SPS abrigava os programas e projetos do Ministério da Saúde. A SPS abrigava o Programa do HIV/Aids, o Programa Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Hipertensão e Diabetes, a coordenação de Saúde da Criança e de Saúde da Mulher, entre outros. A estratégia de criação de áreas possibilitaria pensar as políticas segundo uma abordagem programática, envolvendo planos operacionais e comitês técnicos assessores no intuito de integrar especialistas e organizações parceiras na sua implementação.

relação ao programa da Aids, no qual essas ações eram centralizadas em uma única estrutura, ao passo que no caso das hepatites as competências se dispersavam em diferentes órgãos.

Nesse primeiro ano de atuação do programa, algumas ações diretas por parte da coordenação do PNHV foram promovidas no âmbito da prevenção, do diagnóstico epidemiológico e da avaliação da rede assistencial (Brasil, 2002a) – notadamente a criação da primeira campanha de esclarecimento sobre as hepatites virais; a edição de um manual destinado a apresentar aos profissionais de saúde a nova estrutura de atendimento no SUS; e a elaboração de um estudo de avaliação dos serviços de assistência laboratorial e ambulatorial para direcionar a implantação do programa (Brasil, 2002a, 2002b). Todavia, para o financiamento dessas ações dependia-se da SPS ou do PN-DST/Aids, o qual também fornecia apoio administrativo e infraestrutura ao PNHV já que o programa ainda não dispunha de orçamento próprio.

Além da limitação orçamentária, a articulação com os demais órgãos envolvidos na gestão da política foi um dos principais desafios enfrentados no início – especialmente com relação à SAS, que definia o PCDT e financiava os medicamentos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O protocolo de 2002, emitido logo após a criação do programa, teria passado ao largo do diálogo com a própria coordenação (Portaria SAS/MS nº 863/2002). Ainda assim, esse foi um dos principais resultados efetivos do primeiro ano, já que a SAS padronizou o interferon peguilado, que era superior ao tratamento anterior e até então fornecido apenas por alguns estados – em geral por meio de judicialização<sup>9</sup>. Esse foi um passo à frente em relação a outros países, mais reticentes quanto à incorporação do medicamento em razão do seu alto custo.

### **Primeiro ciclo de estruturação da política pública**

Com a mudança da administração do presidente Fernando Henrique Cardoso para o presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a ampla reestruturação ministerial promovida em 2003, a estrutura de vigilância epidemiológica foi transferida da FUNASA para dentro da pasta da Saúde (Decreto Presidencial nº 4.726/ 2003). O CENEPI passou a ser o Departamento de Vigilância Epidemiológica da recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde (DEVEP/SVS). A SVS absorveu também programas ligados a doenças de contágio, entre eles o PNHV, que ficaria subordinado ao DEVEP. Atualizou-se nesse momento a decisão de não vinculação ao PN-DST/Aids, a fim de que a estruturação das hepatites virais fosse feita com enfoque nas ações de vigilância, próxima à rede de laboratórios de saúde pública e à área de imunizações, que era importante para o HBV.

---

<sup>9</sup> SUS distribuirá medicamentos contra hepatite C crônica. (31 ago. 2002). Agência Brasil.

A despeito do status de coordenação, o programa não foi formalizado no organograma ministerial, como era o caso de outras políticas, a exemplo da voltada às IST/Aids<sup>10</sup>. A estrutura organizativa do PNHV foi redefinida em consonância com essas alterações, além de ter passado a incluir as hepatites D e E (Portaria GM/MS nº 2.080/2003). As competências dos níveis de atenção foram mantidas, assim como as atribuições das esferas de governo. O novo comitê técnico, então coordenado pela SVS, incluiu, além da Saúde/Secretaria de Atenção (SAS), a também recém-criada Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), então responsável pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que, portanto, participaria da elaboração dos protocolos terapêuticos junto à SVS e à SAS.

Em agosto de 2003, assumiu a coordenação do PNHV a Dra. Gerusa Maria Figueiredo, a convite do secretário de Vigilância, com a tarefa de dar consecução às ações planejadas na etapa inicial do programa – notadamente, de traçar a realidade epidemiológica da epidemia no país e adequar a rede de assistência básica e especializada às demandas das hepatites virais. Figueiredo foi para Brasília cedida pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, onde havia iniciado em 2000 a implantação do programa estadual de hepatites virais – o mais consolidado do país, criado antes do programa nacional.<sup>11</sup>

Essa experiência foi trazida para o PNHV, que tinha como necessidade imediata expandir sua equipe a fim de criar uma divisão de trabalho que era impraticável com apenas quatro membros. Com a incorporação de novos profissionais, foi possível delinear eixos de trabalho para que o programa desse conta da prevenção, vigilância e assistência. Logo a equipe das hepatites deixou a estrutura física que era cedida pelo PN-DST/Aids para se instalar na nova estrutura da SVS. Uma alteração central do período foi formalizar que a secretaria seria responsável por aprovar as normas e os protocolos referentes ao PNHV (Portaria GM/MS nº 892/2005). Diferentemente do último protocolo de 2002, emitido pela SAS, os protocolos seguintes foram emitidos pela SVS.<sup>12</sup> Esse movimento para fortalecer o programa foi coordenado pelo gabinete ministerial, já que passava por remanejar atribuições

---

<sup>10</sup> O Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP/SVS) era composto pelas seguintes coordenações: Doenças Transmissíveis, Doenças Endêmicas, Laboratórios de Saúde Pública e Programa Nacional de Imunizações. Essa informalidade não era exclusiva do PNHV; outras estruturas teriam operado como coordenações, embora não existissem como tal no organograma do MS.

<sup>11</sup> Ao final da década de 1980, a cidade de Santos, no litoral paulista, era considerada “a capital da AIDS”, dada a alta taxa de contaminação decorrente do uso de drogas injetáveis – notadamente cocaína. Maior porto da América Latina, o porto de Santos era canal de exportação para EUA e Europa da droga produzida nos países andinos. Assim, a região foi palco do primeiro programa de redução de danos para usuários de drogas do país, visando a conter essa via de contaminação.

<sup>12</sup> Ministério da Saúde muda critérios no tratamento da hepatite C. (10 out. 2007). Agência Brasil.

entre secretarias e, conseqüentemente, pela concorrência de ambas pelo controle sobre o tratamento da hepatite C. A alteração de responsabilidade pelo programa sugere ainda uma reorientação de ações curativas (responsabilidade da SAS) para uma perspectiva de vigilância em saúde (atribuição da SVS).

Nesse contexto de estruturação, foi iniciada também a alteração do modelo de aquisição de medicamentos e insumos, que permanecia uma deficiência na implementação da política em vista das disparidades entre os estados quanto ao poder de compra. Era mais vantajoso que a negociação de um produto de alto custo fosse realizada em escala com a indústria farmacêutica, pois assim o ministério como comprador único teria mais condições de reduzir preços do que os estados isoladamente<sup>13</sup>. Essa nova rotina não só pareceu mais racional aos gestores no nível federal, como também teria sido desejada pelos estados em vista das dificuldades que enfrentavam para atender às demandas judiciais dos pacientes<sup>14</sup>. Após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o processo de centralização foi iniciado em 2006 (e concluído em 2009). Tal discussão é objeto de outro relatório de pesquisa deste projeto, que foi apresentado pela nossa equipe na 5th International Conference on Public Policy, em Barcelona (Arantes et. al., 2021).

O programa nacional preconizava diretrizes, mas eram os estados e municípios que operavam a rede assistencial. A fim de viabilizar a implementação do PNHV em todo o território brasileiro, a coordenação levou o atendimento aos pacientes de hepatites B e C para os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), implantados desde o início da década de 1990 pelo PN-DST/Aids<sup>15</sup>. A decisão visava a se aproveitar da rede já instalada para capilarizar a triagem sorológica das hepatites virais, o que era crucial em vista da evolução silenciosa da doença. Assim, um dos focos no período foi promover diversas capacitações em todo o país<sup>16</sup>. Essas capacitações começavam pela atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde, e eram dirigidas não somente a médicos, mas também a equipes multiprofissionais envolvidas

---

*13 Especialistas apoiam decisão do Ministério da Saúde de centralizar compra de medicamentos. (08 dez. 2009). Agência de Notícias da Aids.*

*14 Cumpre notar que os estados não ficavam impedidos de fazer compras complementares, desde que obedecessem ao protocolo.*

*15 Os CTA são estruturas dos estados e municípios, embora alguns insumos sejam garantidos pelo programa nacional. Essa última ação, em particular, teria sido politicamente delicada, o que exigiu intenso diálogo entre gestores e grupos organizados. Havia resistência por parte dos pacientes de hepatites a serem identificados aos demais usuários desses serviços e, com isso, serem vítimas do estigma que acompanha as IST.*

*16 Em 2005 foi lançado o Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais, visando a contribuir para o esforço de readequação dos serviços para incluir as hepatites virais em sua rotina.*

no manejo das hepatites<sup>17</sup>. Iniciou-se também a implantação da rede de biologia molecular, que era uma deficiência para o diagnóstico especializado. A proposta de estruturação da rede havia sido apresentada em 2002, mas foi viabilizada após a alteração da forma de financiamento dos exames de biologia molecular<sup>18</sup>.

Na medida em que o programa passou a contar com orçamento próprio, a partir da mudança para a SVS foi possível também dar apoio financeiro a ações não governamentais, como projetos e fóruns do movimento de hepatite C<sup>19</sup>. É importante ressaltar que essa também foi uma lição aprendida com o programa da Aids: a parceria com movimentos da sociedade civil e organizações não governamentais era uma forma de implementar ações de saúde em populações específicas e fortalecer a capacidade de advocacy desses grupos a um só tempo<sup>20</sup>. Entretanto, a relação com o ativismo era distinta pelas características das organizações de HCV, cujo viés de atuação sempre foi voltado ao acesso a medicamentos. Também era distinta sob o aspecto identitário do ativismo do HIV/Aids, que, embora bastante heterogêneo, sempre se associou a pautas antidiscriminação e pela conquista de direitos de gênero e sexualidade (Pereira & Nichiata, 2011). Aos portadores de hepatite C, por outro lado, sempre foi caro demarcar que a infecção pelo HCV, em geral, não se associava a comportamentos de risco. Com efeito, o fato de alguns segmentos terem aproximação com laboratórios suscitava questionamentos quanto às demandas do movimento serem instrumentalizadas pela indústria farmacêutica, conforme destacado por entrevistados.

Outra iniciativa importante, e que dependia da alocação de recursos, foi o inquérito de prevalência das hepatites nas capitais brasileiras<sup>21</sup>. Isso respondia à necessidade de produzir dados mais concretos sobre a epidemia a partir de um estudo de base populacional que permitisse identificar as áreas, as regiões e os estados onde as ações deveriam ser priorizadas. Quanto ao HCV especificamente, a evolução silenciosa da doença sugeria índices altos de subnotificação. O inquérito teve início em 2005, em convênio com a Universidade de Pernambuco e com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tendo sido

---

17 *Entre os principais desafios do período estava a adesão contínua ao tratamento, em vista do arsenal terapêutico restrito da época. Os pesados efeitos colaterais da injeção de interferon requeriam a ação de psicólogos, por exemplo, para acompanhamento do paciente por conta da associação do tratamento a quadros depressivos (Horimoto et al., 2004).*

18 *Com a alteração da forma de financiamento dos exames de biologia molecular de FAEC Alta Complexidade para FAEC Estratégico, os gastos não ficavam mais limitados pelo teto estadual.*

19 *Ministério da Saúde capacita ONGs em projetos sociais. (10 jul. 2006). Gazeta Mercantil.*

20 *Governo e ONGs debatem parceria contra hepatite. (10 nov. 2003). O Estado de São Paulo.*

21 *Estudo mapeará hepatites virais em capitais. (22 jul. 2004). O Estado de São Paulo.*

concluído cinco anos depois. Todos esses avanços foram apresentados na edição de 2008 do material O Brasil está atento, que, graças a uma parceria com o Conselho Federal de Medicina, foi enviado a médicos de todo o país (Brasil, 2008).

As mudanças promovidas foram objeto de intensas negociações. Por um lado, dependiam da capacidade de convencimento sobre melhores soluções do ponto de vista técnico, o que passava pela expertise dos gestores diretamente responsáveis pelo PNHV. Por outro, dependiam da capacidade de articulação e concertação política com os diversos atores partícipes nas instâncias de pactuação do SUS, pois implicavam custos e impactavam a distribuição de poder entre órgãos. Ter espaço político junto à SVS era fundamental, já que determinadas decisões passavam por outras secretarias e, portanto, envolviam o gabinete do ministro. A relação com os níveis hierárquicos superiores era sobremaneira importante pois, em vista da inexistência formal da coordenação, era o secretário que garantia autonomia decisória e recursos, incluindo a alocação de cargos.

Em 2008, Figueiredo retornou a São Paulo e o Dr. Ricardo Gadelha assumiu a coordenação do PNHV, a convite do diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP/SVS), onde se abrigava o PNHV. Antes Gadelha já acompanhava a política das hepatites virais em vista de sua posição no departamento como consultor. Embora tenha passado a coordenador, sua nomeação se deu como assessor do gabinete do ministro por um DAS 102.4, inferior ao de coordenador-geral – que era o status da chefia dos demais programas formalizados dentro do departamento.

Gadelha aprofundou o trabalho de aproximação com os atores implicados na política de hepatites virais. Além da formação de recursos humanos, que havia sido chave no ciclo anterior, investiu na criação de coordenações nos estados e municípios e no fortalecimento da gestão interfederativa. Nesse sentido, foram promovidos fóruns macrorregionais com a participação de secretários, gestores e conselhos de saúde, estaduais e municipais, a fim de atualizar o diagnóstico sobre os principais entraves da política e firmar metas com os programas nos demais níveis de governo<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> *Como resultados dos encontros, reuniões e oficinas macrorregionais promovidos em sua gestão, foram publicados dois documentos consolidando as questões pautadas e apontando desafios para o período subsequente, dando ênfase à integração com os programas estaduais e municipais e com organizações da sociedade civil (Vide Devolutiva aos estados 2009–2010 e Desafios para o período 2011–2012). Amos acessados em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/devolutiva\\_estados\\_2009\\_2010.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/devolutiva_estados_2009_2010.pdf) e <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/hepatites-virais-desafios-para-o-periodo-de-2011-2012> (acessado em 03 de maio de 2022)*



Ainda em 2008, foi formalizado o Comitê Técnico Assessor do PNHV (Portaria SVS/MS nº 94/2008). O comitê já era ativo no período anterior, porém foi instituído via portaria a partir de uma determinação geral do ministério, no intuito de fortalecer a interlocução dos diversos atores envolvidos na construção das políticas nacionais – como CONASS e CONASEMS. A instância, de caráter consultivo, agregava representantes de diversas instituições – órgãos governamentais, sociedades médicas, sociedade civil etc. – a fim de contribuir sobre aspectos técnico-científicos referentes à doença e assim instruir a atualização dos protocolos de tratamento. Essa interlocução ganharia ainda mais importância no ciclo seguinte em vista dos avanços nos esquemas terapêuticos pela descoberta de novos medicamentos.

## **Integração ao HIV/Aids e departamentalização dos programas**

No ano de 2009, uma reestruturação significativa ocorreu no MS quando o PN-DST/Aids passou a ser um departamento dentro do organograma da SVS, como resultado de uma discussão que existia desde a reforma ministerial de 2003 (Decreto Presidencial nº 6860/2009)<sup>23</sup>. Na esteira desse processo, o PNHV foi transferido do DEVEP para o recém-criado departamento, que passou a ser o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DIAHV/SVS)<sup>24</sup>.

Conforme descrito, desde o início optou-se pela criação do PNHV fora do escopo do HIV/Aids em consideração às especificidades epidemiológicas da doença, à busca por relativa autonomia da política e à resistência dos pacientes pelo estigma das IST etc. Apesar de sempre ter havido aproximação entre as políticas, particularmente no que diz respeito à prevenção e ao controle, à triagem sorológica e ao acompanhamento nos serviços de atenção básica, a integração de fato ocorreu somente em 2010, o que foi um dos principais marcos organizativos da trajetória das hepatites.

A justificativa primordial para transformar o PN-DST/Aids em DIAHV era formalizar sua posição no Ministério da Saúde<sup>25</sup>. Sua estrutura já ultrapassava a coordenação com um corpo técnico extenso, em grande parte vinculado por contratos de consultoria com organismos internacionais (UNESCO, UNICEF, PNUD, UNODC) (Nunn, 2008). Parte significativa do orçamento também era proveniente de acordos e empréstimos com esses órgãos. O diretor (DAS 101.5) se vinculava diretamente ao secretário da SVS, mas, tendo em conta a amplitude

---

<sup>23</sup> Anteriormente a vinculação era direta ao secretário, um dos cargos de diretor de programa da SVS (DAS 101.5).

<sup>24</sup> A terminologia infecções sexualmente transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição a doenças sexualmente transmissíveis (DST) para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção mesmo sem a manifestação de sintomas da doença. Para fins de simplificação ao longo do texto, será sempre adotada essa terminologia (o DIAHV antes era DDAHV).

<sup>25</sup> Eduardo Barbosa explica mudança de nome de Programa Nacional para Departamento de DST e Aids. (05 jul. 2009). Agência de Notícias da Aids.

e o prestígio do programa, havia interlocução direta com outras áreas, incluindo acesso ao gabinete ministerial. Formalizar o programa como departamento significaria reconhecer e consolidar essa estrutura, assim como dar sustentabilidade à política do HIV/Aids.

Da parte do ministério, o movimento seria análogo à formalização dos comitês técnicos como estratégia de institucionalização das políticas – assim como a formalização de programas teria sido uma estratégia para operar o sistema público e dinamizar o SUS no início da década. A mudança teria ainda um componente centrípeto, já que o PN-DST/Aids tornava-se bastante autônomo ao executar suas ações a partir de recursos que não passavam pelo ministério – o que também abria caminho para fortalecer as relações com as organizações não governamentais e o ativismo do HIV/Aids.

A expectativa era que os benefícios da departamentalização fossem extensíveis ao PNHV<sup>26, 27</sup>. Apesar dos avanços graduais produzidos ao longo dos primeiros anos de estruturação do programa, alguns desafios persistiam, sobretudo no que dizia respeito à oferta desigual de serviços no território e à dificuldade de acesso ao tratamento. Esses desafios já haviam sido contornados pela equipe que trabalhava com o HIV/Aids, que ao longo dos anos aprendeu a negociar com a indústria farmacêutica (Nunn et al., 2007). O PNHV, que sofria pressão para incorporar novas alternativas terapêuticas, esperava se beneficiar dessa expertise. Também em vista de alguns problemas de abastecimento, o argumento de melhor estruturar a resposta às hepatites virais se fortaleceu o suficiente para vencer as resistências à integração – que partia dos movimentos organizados da sociedade civil e de alguns gestores subnacionais<sup>28</sup>.

Além disso, o programa permanecia fora do organograma do ministério, contando com um cedimento de cargo para a nomeação do coordenador. A departamentalização pareceu então promissora para que o PNHV desse um salto organizativo vis-à-vis a alternativa de permanecer no DEVEP comprimido entre as demais coordenações<sup>29</sup>. Houve ainda um esforço por parte do departamento dirigido à aproximação de ambos os movimentos. Após sete anos de PNHV, a necessidade de reafirmar a identidade das hepatites virais deu lugar ao cálculo

---

26 *Programa de Hepatites Virais do Ministério se integra ao Departamento de DST e Aids. (04 set. 2009). Agência de Notícias da Aids.*

27 *Inclusão de hepatites virais no Departamento de Aids é para aperfeiçoar ações, diz Eduardo Barbosa, diretor-adjunto do órgão. (07 out. 2009). Agência de Notícias da Aids.*

28 *Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de Hepatite divulga artigo sobre a integração dos programas de hepatite e DST/Aids. (30 set. 2009). Grupo Otimismo.*

29 *Em 2009 havia as seguintes coordenações no DEVEP/SVS: Doenças Transmissíveis; Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Programa Nacional de Imunizações; Programa Nacional da Hanseníase; Programa Nacional de Controle da Dengue; e Programa Nacional de Controle da Malária.*

dos potenciais ganhos de se somar à estrutura do HIV/Aids, que dispunha de mais recursos e visibilidade, nacional e internacional. Enfim, prevaleceu a lógica de que a formalização daria mais solidez às políticas e maior abrangência e amplitude às ações voltadas aos agravos.

Decerto todos esses argumentos favoreceram a adesão do PNHV à mudança. Porém, novamente, a articulação entre ministro, secretários e diretores teria sido crucial para dar consecução à decisão que, segundo os gestores, se deu verticalmente. Em particular, articularam a mudança: Mariângela Simão, diretora PN-DST/Aids, que passou a diretora do recém-criado departamento antes de atuar no Programa das Nações Unidas para o HIV e AIDS (UNAIDS) e na OMS<sup>30</sup>; Eduardo Hage, diretor do DEVEP, que acabou por concordar que o PNHV deixasse seu departamento por ser essa a orientação superior; e Gerson Penna, secretário da SVS, que acolheu a proposta de mudança junto a José Temporão, ministro da Saúde.

Gadelha seguiu respondendo como coordenador do PNHV até se desligar do programa, em meados de 2010, quando as hepatites virais foram formalmente incorporadas ao departamento e foi aprovada uma reestruturação que fazia prevalecer um modelo segundo o qual o DIAHV se organizaria por eixos de trabalho, dissolvendo-se as coordenações dos antigos programas (Decreto nº 7336/2010). Esses eixos eram: promoção e prevenção, diagnóstico, assistência, logística de medicamento, e direitos humanos e sociedade civil. Formalmente, havia apenas a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas e de Vigilância e Prevenção. As áreas técnicas específicas deixaram então de existir e os profissionais das diferentes equipes passaram a trabalhar juntos sob cada eixo, tratando do conjunto dos agravos – HIV/Aids, IST e hepatites virais.

Junto à conclusão do inquérito iniciado em 2005, foi lançado o I Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, um marco importante para a divulgação periódica da vigilância das hepatites virais<sup>31</sup>. No ano de 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, o Brasil, juntamente com a Colômbia e a Indonésia, protagonizou a primeira resolução adotada direcionada ao agravo, a qual reconhecia a magnitude do problema de saúde pública e estabelecia o dia 28 de julho como o Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais (Julho Amarelo) (Naveira et al., 2014)<sup>32</sup>. Essa resolução foi um marco na agenda global de controle das hepatites e reafirmou o protagonismo do Brasil em temas de saúde em fóruns internacionais.

---

<sup>30</sup> Simão é um dos exemplos. O trânsito de gestores entre o histórico Programa Nacional de HIV/Aids e organismos internacionais reflete a influência que o país teve no cenário global.

<sup>31</sup> A metodologia do estudo foi publicada como artigo científico que teve a Dra. Gerusa Maria Figueiredo como um dos autores (Ximenes et al., 2010).

<sup>32</sup> Vide resolução da Assembleia Mundial da Saúde (documento WHA63.18).

Na ausência de coordenação, o médico infectologista Jorge Eurico Ribeiro, que havia sido contratado por Gadelha como técnico especializado, assumiu o protagonismo em vista de sua dedicação no âmbito da assistência farmacêutica, no qual se deram as principais ações do período. Surgia a discussão sobre os DAAs, abrindo novas perspectivas de resposta terapêutica<sup>33, 34, 35</sup>. Especificamente, foram publicados resultados de ensaios clínicos da utilização de inibidores de protease (boceprevir e telaprevir), cujo grau de toxicidade ainda era alto, que acabaram sendo incorporados posteriormente ao tratamento quando se aprovou a terapia tripla para o tratamento de hepatite crônica C<sup>36, 37, 38, 39</sup>.

Nesse período ocorreu também a primeira distribuição de testes rápidos para hepatite B e C<sup>40</sup>, assim como a centralização de exames de biologia molecular e o desenvolvimento da microrrede de resistência genotípica. Iniciou-se também a ampliação gradual da faixa etária de acesso à vacina contra a hepatite B, cuja universalização foi completada em 2016, em acordo com o Programa Nacional de Imunizações.<sup>41</sup> Com a solidificação do gradual processo de centralização da compra de medicamentos e insumos, com Dirceu Greco na direção do DIAHV,<sup>42</sup> foi possível passar a abastecer os estados de forma mais homogênea e avançar no tratamento dos pacientes com hepatite C.<sup>43</sup>

## Reorganização das hepatites virais e revolução no tratamento

Se houve avanços do ponto de vista da assistência farmacêutica, em contrapartida o conjunto

---

33 *Novos remédios têm grandes chances de curar hepatite C. (06 dez. 2010). Folha de São Paulo.*

34 *Nota Técnica Conjunta DIAHV/SVS/MS CONITEC SCTIE nº 319/2011.*

35 *Brasil aprova novos remédios antivirais para tratar hepatite. (06 nov. 2011). Folha de São Paulo.*

36 *Ministério da Saúde realiza Reunião de Alto Nível Científico em Hepatite C em Brasília. (16 set. 2013). Agência de Notícias da Aids*

37 *Reunião de gestores em Brasília avalia distribuição dos novos medicamentos contra a hepatite C. (28 set. 2013). Agência de Notícias da Aids.*

38 *Nota Técnica Conjunta DDAHV/SVS/MS DAF/SCTIE/MS nº 02/2013.*

39 *Governo amplia acesso ao tratamento para hepatite C. (04 nov. 2013). Agência de Notícias da Aids.*

40 *Revista científica Nature destaca iniciativa brasileira de simplificar diagnóstico da hepatite C. (04 jul. 2011). Agência de Notícias da Aids.*

41 *Nota Informativa CGPNI/DEVIT/SVS/MS nº 149, de 07 de dezembro de 2015.*

42 *Dirceu Greco foi exonerado do cargo após autorizar publicação de campanha voltada às prostitutas sem o aval do ministério. Um dos “efeitos adversos” da departamentalização era que a comunicação do programa passaria a estar mais subordinada às estruturas do ministério.*

43 *Avanços no tratamento da hepatite C no Brasil serão apresentados em congresso nos EUA. (03 nov. 2013). Agência Brasil.*

das ações do programa foi prejudicado sob o impacto da reestruturação organizativa pela integração ao HIV/Aids. A ausência de boletins epidemiológicos em 2013 e 2014 refletia a carência de dados fidedignos e a fragilização do controle e da vigilância epidemiológica da doença<sup>44</sup>. Esse foi também um período de muita pressão por parte do ativismo e demandas judiciais solicitando acesso às novas terapias, que obtiveram aprovação de registro em 2011, porém foram incorporadas ao PCDT apenas em 2013<sup>45, 46, 47</sup>. Isso produziu sobrecarga pois, embora o desenho não mais previsse a separação dos agravos, a especialização se impunha na prática, e os técnicos das hepatites virais que restaram – alguns acabaram deixando o programa na época – seguiam atendendo às demandas da área, só que dispersos no interior do DIAHV.

Tal dispersão decorria do novo desenho e ia no sentido contrário da expectativa de fortalecimento das hepatites com a departamentalização. Todavia, o efeito não era de todo imprevisto; os setores que resistiram à integração argumentavam justamente que as hepatites virais seriam anuladas pela assimetria entre os dois programas: enquanto o PN-DST/Aids tinha uma escala de 200 servidores, a equipe do PNHV chegou no máximo a 15. Embora fosse possível articular ações conjuntas, os agravos pressupunham abordagens distintas, por exemplo no que dizia respeito às estratégias de comunicação. Também a relação com os estados e municípios foi prejudicada, pois os gestores desses níveis perderam a referência direta com o programa no nível federal.

O diagnóstico de que as hepatites virais haviam sido negligenciadas despertou intensa crítica por parte do ativismo<sup>48, 49, 50, 51, 52</sup>. Projeções acerca da evolução de quadros não detectados

---

44 *Subnotificação de dados faz governo cancelar divulgação de Boletim Epidemiológico sobre hepatites virais. (27 jul. 2013). Agência de Notícias da Aids.*

45 *Novos medicamentos contra hepatite C trazem mais chance de cura, mas custam caro e ainda não estão acessíveis no Brasil. (28 jul. 2011). Agência de Notícias da Aids.*

46 *ONG luta por inclusão no SUS de medicamentos essenciais contra Hepatite C. (26 jun. 2012). R7.*

47 *Tratamento com chances maiores de cura da Hepatite C deve ser para todos, afirmam ativistas. (24 set. 2012). Agência de Notícias da Aids.*

48 *Portadores de hepatites visitam Departamento de DST e reivindicam atenção à doença em Brasília. (16 mar. 2010). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.*

49 *Jornais em todo o país destacam a gravidade das hepatites virais. (29 jul. 2010). Agência de Notícias da Aids.*

50 *Movimento contra hepatites virais prepara carta para Dilma: Ativistas querem melhorias no tratamento e na prevenção dessas doenças. (25 nov. 2010). Agência de Notícias da Aids.*

51 *Acesso a exames para hepatite C é o maior desafio no combate à doença, diz presidente do Grupo Esperança, Jeová Fragoso. (30 jul. 2011). Agência de Notícias da Aids.*

52 *ONGs que lutam contra as hepatites virais criam carta com exigências nas áreas da prevenção, testagem e tratamento. (17 nov. 2012). Agência de Notícias da Aids.*

e da gravidade do desenvolvimento de formas crônicas demonstravam a urgência de uma resposta mais eficaz à doença. Esses elementos motivaram que a área fosse reorganizada no interior do departamento. Conforme um informativo de julho de 2013 do DIAHV, as hepatites virais passariam a contar com uma área exclusiva, a Coordenação de Hepatites Virais (CGHV), sob a gestão de Ribeiro, que teve seu vínculo com o departamento renovado anualmente até 2013 via contrato com organismos internacionais. Com o auxílio de José Nilton Neris Gomes, consultor técnico do PNHV desde 2005, iniciou-se a reorganização da área com a atração de novos profissionais, visto que nesse período havia diminuído também o efetivo de técnicos especializados em hepatites virais.

Esse teria sido um momento transitório até a chegada do médico infectologista Marcelo Naveira<sup>53</sup>, que havia sido convidado por Fábio Mesquita quando este assumiu a direção do DIAHV em 2013 no lugar de Dirceu Greco<sup>54</sup>. Naveira chegou a Brasília em 2014, vinculando-se ao departamento como consultor celetista da Fundação de Apoio à Fiocruz (FIOTEC). Foi quando houve efetivamente uma revolução no tratamento com a chegada DAAs, a mais avançada alternativa terapêutica disponível para o HCV, que acabava de ser validada pelas agências regulatórias americana e europeia (Seifert et al., 2015). Estabeleceu-se então, como principal meta para as hepatites, a incorporação desses tratamentos comprovadamente mais eficazes, sob a condição de que a incorporação fosse feita de forma economicamente sustentável – leia-se, a preços praticáveis<sup>55, 56, 57</sup>.

De partida, foram conduzidas negociações com a indústria farmacêutica em vista dos preços proibitivos pelos quais os medicamentos recém-lançados foram oferecidos pelos laboratórios. A estratégia de produção local dos novos medicamentos DAAs através de um consórcio de empresas conferiu ao Ministério da Saúde um relevante poder de barganha para redução do custo do tratamento em mais de 90% (Fonseca et al., 2019). Com efeito, esse tema sempre foi crítico de uma perspectiva mundial. Desde 2016 consta entre as prioridades do Programa de Hepatites Virais da OMS a promoção de estratégias para reduzir preços dos

---

<sup>53</sup> Mestre em saúde pública assume coordenação de hepatites virais, do Ministério da Saúde. (27 jun. 2014). Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais.

<sup>54</sup> Entre o afastamento de Ribeiro e a chegada de Naveira, assumiu a coordenação Elisa Argia Basile Cattapan. Em vista dessas transições, não houve Campanha do Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais em 2014.

<sup>55</sup> Novo protocolo de hepatites e Aids 2014 são destaques da reunião da CNAIDS, segundo departamento. (27 ago. 2014). Agência de Notícias da Aids.

<sup>56</sup> Ministério da Saúde propõe novo tratamento para hepatite C. (23 out. 2014). Agência de Notícias da Aids.

<sup>57</sup> Começa consulta pública do novo protocolo para tratamento da hepatite C. (16 maio 2015). Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais.

produtos relacionados ao diagnóstico e tratamento da doença. Tanto Mesquita como Naveira tinham experiência internacional, tendo trabalhado juntos no escritório regional da OMS para o Pacífico Ocidental (WPRO) com a hepatite C. Isso qualificou a intervenção do DIAHV técnica e politicamente nessas rodadas de negociação com os laboratórios, inclusive em vista do conhecimento que os gestores tinham sobre a variação dos preços praticados nos diferentes países. A negociação de preço dos novos DAAs e a produção local são objetos de outro relatório de pesquisa deste projeto<sup>58</sup>.

A incorporação do novo tratamento passou também por trabalhosa interação com os demais órgãos implicados na assistência farmacêutica. A departamentalização não havia alterado o processo de aquisição, distribuição e desapensação dos medicamentos da hepatite C, que continuou sendo parte do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) pelo critério de alto custo – diferentemente do tratamento do HIV/Aids, que era parte do Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica (CESAF). Isso implicava certa fragmentação na logística dos medicamentos, que não se processava no interior do departamento dado que os recursos do CEAF eram de controle do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE). A viabilização dos protocolos dependia do contingenciamento de recursos junto ao DAF e, para tanto, era necessário justificar a sustentabilidade da nova terapêutica com base em cálculos de custo-efetividade.

Além da liberação do registro na ANVISA, responsável por avaliar a segurança e eficácia dos novos medicamentos<sup>59</sup>, era necessário obter aprovação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) para que o tratamento fosse oferecido pelo SUS, com base nas evidências científicas disponíveis e nos impactos econômicos da incorporação. Por fim, a aquisição propriamente dita cabia ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG) da Secretaria Executiva, que conduz as tratativas de compra com a indústria farmacêutica a partir dos preços já negociados. Portanto, a pactuação tinha dimensão técnica, com base em critérios científicos, mas também dimensão política, na medida em que envolvia a decisão de mais de um órgão sobre a alocação de recursos.

A aprovação do PCDT de 2015, que incorporou a segunda geração de DAA para hepatite C (daclatasvir, simeprevir e sofosbuvir), resultou dessa empreitada complexa<sup>60</sup>. Por outro lado, foi uma oportunidade de estreitar relações com o DAF, por exemplo, com o qual o diálogo

---

<sup>58</sup> Vide relatório da pesquisadora Luisa Arantes.

<sup>59</sup> O que foi feito em tempo recorde em virtude de um recurso de avaliação prioritária. Jarbas Barbosa, que após o segundo período na SVS foi nomeado diretor da ANVISA, teria auxiliado nesse diálogo. O anúncio da liberação de novos DAA em 2016 foi feito pelo ex-secretário da SVS (vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=WZuqrp8ksc>).

<sup>60</sup> Portaria SVS nº 25, de 01 de dezembro de 2015.



nem sempre era simples em vista da competência partilhada sobre os protocolos. Isso deu fôlego à área das hepatites virais, que acabou por atrair novos técnicos, inclusive de outras áreas do ministério. Parcerias com a SCTIE, por exemplo, teriam viabilizado a produção de dados que relacionassem a distribuição dos medicamentos aos dados de diagnóstico, o que permitia estimar taxas de cura, georreferenciar a prevalência da doença etc. Também foram realizadas capacitações conjuntas no território para que os serviços do SUS absorvessem os novos tratamentos. Os boletins epidemiológicos voltaram a ser lançados a partir de 2015, assim como foi retomada a campanha do Julho Amarelo, que preparou a chegada dos novos medicamentos, cujo lançamento se deu em outubro desse ano<sup>61</sup>. Também foi lançado o “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais” junto ao novo PCDT, com o objetivo de fornecer orientações adequadas para todos os profissionais dispostos a tratar pacientes com hepatite C (Brasil, 2015).

A trajetória de Mesquita com as hepatites, incluindo o trabalho pioneiro com redução de danos na cidade de Santos, o credenciava diante dos movimentos da sociedade civil. Diferentemente dos anos anteriores, em que era previsto um representante da sociedade civil organizada na composição do comitê técnico assessor, em 2014 foi formalizada a participação da Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA) e do Movimento Brasileiro de Hepatites Virais (MBHV) (Portaria SVS/MS 4/2014). A atuação de grupos da sociedade civil organizada teria contribuído para impulsionar a incorporação de novas tecnologias<sup>62, 63, 64, 65</sup>. Conforme dito anteriormente, o ativismo do HCV tinha como característica um viés de atuação bastante voltado ao acesso a medicamentos – alguns segmentos inclusive dispunham de apoio da indústria farmacêutica. Assim, com esses avanços no tratamento, a pressão sobre a política pública teria se arrefecido<sup>66, 67, 68</sup>.

---

<sup>61</sup> *Julho amarelo: Ministério da Saúde anuncia compra de 35 mil medicamentos contra hepatite C. (28 jul. 2016). Bem Estar.*

<sup>62</sup> *Ativistas vão pressionar governo a negociar com laboratórios por medicamentos mais baratos contra as hepatites virais. (25 jul. 2013). Agência de Notícias da Aids.*

<sup>63</sup> *Ativistas querem que governo invista mais no diagnóstico precoce das hepatites virais. (25 jul. 2013). Agência de Notícias da Aids.*

<sup>64</sup> *Gestores, cientistas e ativistas se articulam contra preço exorbitante do tratamento para hepatite C. Brasil inicia negociações. (21 jul. 2014). Agência de Notícias da Aids.*

<sup>65</sup> *Ativistas protestam contra preço do Sofosbuvir, novo medicamento para hepatite C. (24 jul. 2014). Agência de Notícias da Aids*

<sup>66</sup> *30 mil pessoas por ano deverão ser beneficiadas com novo tratamento para hepatite C. (07 jan. 2015). Portal Brasil.*

<sup>67</sup> *O vídeo de divulgação Hepatite C tem cura foi produzido pelo DIAHV com o intuito de dar visibilidade a pacientes que se beneficiavam do tratamento com DAA (vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Ca9nPAGgKWc>).*

<sup>68</sup> *Diferentemente do que ocorria com o movimento de HIV/Aids, mais reativo às pressões conservadoras que naquele momento afetavam o ministério, a exemplo da exoneração de Greco (Para ativistas, contexto da demissão é lamentável e sua gestão foi marcada pelas censuras. (04 jun. 2013). Agência de Notícias da Aids.)*

Após a consumação do impeachment de Dilma Rousseff, em agosto de 2016, Mesquita deixou a direção do DIAHV em um contexto pouco amistoso com o novo ministro interino da Saúde<sup>69, 70</sup>. Na sequência, Naveira deixou a posição de coordenador das hepatites, temporariamente assumida por Elisa Cattapan, também em vias de deixar o ministério. Algumas portarias de ampliação do tratamento foram emitidas nesse período, incluindo a atualização do PCDT de 2018, que estendeu o tratamento a todos os pacientes diagnosticados, independentemente do grau de fibrose hepática. Diferentemente das portarias anteriores, essas foram assinadas pela SCTIE.

Se por um lado atravessava-se um período de instabilidade no governo federal, que certamente afetava as dinâmicas no interior do ministério, por outro gozava-se do saldo político da ampliação das chances de cura dos pacientes de hepatite C<sup>71, 72</sup>. A Cúpula Mundial de Hepatites 2017, sediada no Brasil, foi um espaço de discussão sobre estratégias globais para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, e também de reconhecimento do pioneirismo em universalizar o tratamento contra o HCV do país, que no ano seguinte lançaria o Plano para Eliminação da Hepatite C<sup>73, 74</sup>. Contudo, além de Adele Benzaken, que substituiu Mesquita na direção do DIAHV, não havia no evento um gestor sequer que respondesse diretamente pela área das hepatites virais no Ministério da Saúde.

## De volta a uma coordenação

Em 2019, após a posse do governo federal, ocorreu uma nova reestruturação da pasta. O DIAHV passou a ser Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). O novo departamento passou a responder pelos agravos do DIAHV, mas também pela tuberculose e hanseníase, antes no escopo do Departamento de Vigilância

---

<sup>69</sup> *Diretor do Departamento de Aids, Fábio Mesquita, pede demissão por incompatibilidade com atual governo. (27 maio 2016). Agência de Notícias da Aids.*

<sup>70</sup> *Ministério da Saúde responde às críticas feitas por Fábio Mesquita ao se demitir do Departamento de Aids. (28 maio 2016). Agência de Notícias da Aids.*

<sup>71</sup> *Portaria SCTIE nº 13, de 13 de março de 2018.*

<sup>72</sup> *30 mil pessoas por ano deverão ser beneficiadas com novo tratamento para hepatite C. (07 jan. 2015). Portal Brasil.*

<sup>73</sup> *Accelerating action towards the elimination of viral hepatitis (2017). Event Report of the World Hepatitis Summit, 2., São Paulo.*

<sup>74</sup> *Modelo brasileiro para combater hepatite C é exemplo para outros países das Américas, diz Opas. (04 ago. 2016). ONU Brasil.*

das Doenças Transmissíveis (DEVIT, ex-DEVEP)<sup>75</sup>. O novo DCCI passou então a contar com quatro coordenações-gerais, entre elas a de HIV/Aids e das Hepatites Virais (CGAHV)<sup>76</sup>.

Pelo organograma, a CGAHV contaria com um cargo de coordenador-geral, para o qual Filipi de Barros Perini foi o primeiro nomeado, dedicado exclusivamente ao HIV/Aids. O médico infectologista Gláucio Mosimann, que chegou ao departamento em 2017 para se dedicar ao HIV/Aids e IST, acabou assumindo as funções relativas às hepatites virais – definição das diretrizes da política no nível federal, atualização dos protocolos, organização da demanda para compra de medicamentos e insumos, articulação com estados e municípios e representação do ministério em instâncias internacionais como OMS e OPAS. Mosimann despachava diretamente com o diretor do departamento, assim como Perini, porém se vinculava ao ministério como consultor celetista da FIOTEC. Depois, em 2021, Cristina Garcia Ferreira assumiu o CGAHV, respondendo tanto pelo HIV/Aids como pelas hepatites virais. Ademais, cada área conta com uma gerência técnica independente.

O principal acontecimento sob esse novo arranjo foi a migração dos medicamentos da hepatite C para o componente estratégico – de CEAF para CESA<sup>77</sup>. Visava-se não só agilizar a incorporação dos medicamentos ao protocolo e a sua logística de aquisição, mas também simplificar o acesso dos pacientes ao tratamento. O fato de a dispensação dos medicamentos do CEAF ser feita em farmácias especializadas somava mais uma dificuldade à adesão ao tratamento. Movimento social, gestores e profissionais da saúde e até a Frente Parlamentar Mista das Hepatites Virais pressionaram pela migração. Essa era uma demanda histórica, pautada sem sucesso por todos os coordenadores anteriores, que foi viabilizada após o cenário favorável de mudança do tratamento e de aproximação das áreas técnicas envolvidas. Em particular, profissionais dos respectivos departamentos – DIAHV e DAF – teriam sido cruciais para defender a mudança, que finalmente ocorreu após pactuação na CIT.

---

<sup>75</sup> Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.

<sup>76</sup> *Infeções Sexualmente Transmissíveis, Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas (tuberculose) e Doenças em Eliminação (hanseníase).*

<sup>77</sup> Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho de 2020

## Considerações finais

Buscou-se apresentar como a política de controle do HCV evoluiu nos aspectos de sua governança. Como se acomodou o PNHV no Ministério da Saúde ao longo do tempo, quais as arenas decisórias e atores da política no plano nacional, e como foram produzidas as decisões que definiram a resposta do Brasil ao HCV. A reação do país à epidemia foi relativamente rápida. Ao longo de vinte anos foi possível estruturar uma política pública que, a passos largos e a despeito de adversidades do cenário político nacional, pode ser considerada uma vitrine mundial.

De partida, o PNHV emulou o modelo do HIV/Aids, porém sem os correspondentes recursos para implementá-lo, o que é um enorme desafio no contexto de um país federativo com dimensões continentais. Ademais, o PNHV nunca existiu formalmente na estrutura do Ministério da Saúde, o que implicou nunca ter havido um cargo DAS de coordenação reservado ao programa. Ainda assim, foi possível aprimorar a governança do programa de forma que o Brasil avançasse na eliminação da hepatite C como problema de saúde pública. Ao longo do tempo, o PNHV foi retendo funções que antes eram dispersas em diferentes órgãos – ações de vigilância, competência sobre o protocolo terapêutico e, mais atualmente, controle sobre a aquisição de medicamentos. Competência, destreza política e voluntarismo por parte de gestores e técnicos foram fundamentais para contornar defasagens institucionais, construir coalizões de apoio e estruturar a resposta do Brasil à epidemia do HCV.

Identificou-se que a conformação do modelo atual de integração a outros agravos corresponde a um processo global. A incorporação de inovações na biomedicina permitiu descentralizar o diagnóstico (testes rápidos) e facilitou o monitoramento dos pacientes (terapias mais eficazes e de baixa toxicidade). Essas doenças passaram a ser manejáveis na atenção primária e sua assistência tornou-se passível de ser integrada à rede de serviços mais ampla. A nova abordagem não só facilitaria o acesso dos pacientes, como também seria mais racional do ponto de vista da utilização dos recursos por meio de ações transversais. A

priori, isso explicaria a integração entre os programas da Aids e das hepatites virais ter sido viabilizada sob o DIAHV, e no mesmo sentido teria se dado a integração de outros agravos sob o DCCI. A coinfeção com tuberculose, notadamente, segue tendo impacto significativo na mortalidade pelo HIV/Aids. Enfim, a tendência de integração desses agravos não seria exclusividade do Brasil.

Por outro lado, no plano local, a mudança se apresentou como um retrocesso aos olhos de diversos setores – notadamente setores da sociedade civil organizada e gestores<sup>78, 79</sup>. Haveria um elemento importante relacionado à identidade do programa da Aids, que foi promovido a departamento para então retornar ao status de coordenação. Esse elemento diz respeito à disputa por espaço político, recursos conquistados e consolidação de rotinas de trabalho. Por exemplo, a área não dispõe mais de canais de comunicação próprios já que tudo deve ser publicado via gabinete ministerial. Isso é particularmente sensível para o histórico programa da Aids. As hepatites virais, por outro lado, sempre estiveram em posição de relativa fragilidade institucional, o que implicou descontinuidade do ponto de vista do direcionamento da política e formação de uma equipe sólida, com condições de se organizar segundo eixos de trabalho. Assim, o contraste seja talvez menos marcante do que é para o HIV/Aids.

O enigma sempre foi encontrar uma posição de equilíbrio de integração a outros agravos – HIV/Aids, especificamente – sem deixar de conformar uma área com envergadura suficiente – leia-se, com recursos técnicos e políticos – para responder a desafios de médio e longo prazo. O papel de lideranças sempre foi importante no sentido de otimizar os recursos disponíveis, mobilizar apoio e construir articulação política para fazer avançar uma estrutura que carecia de solidez. No contexto de atual instabilidade institucional, tem parecido crucial o papel de gestores para manter a política em funcionamento e garantir o que foi conquistado.

Mesmo que acessível o tratamento, remanesce a questão da detecção dos novos pacientes contaminados pelo HCV. Buscou-se nos últimos anos redesenhar a rede diagnóstica consoante o processo de mudança do manejo das hepatites, que passou a ser menos especializado, mais descentralizado e próximo da atenção básica. A meta de eliminação da hepatite C como problema de saúde pública sofre os impactos da pandemia de Covid-19 (Coutinho et al., 2021). A queda dos indicadores de tratamento da doença se associa aos pacientes terem deixado de frequentar os serviços de saúde, o que certamente dificulta o diagnóstico. Isso

---

78 *Ministério da Saúde rebaixa departamento de combate à Aids a uma coordenadoria. (22 maio 2019). Folha de São Paulo.*

79 *Modelo no mundo, departamento de combate ao HIV do Brasil perde status. (23 maio 2019). O Estado de São Paulo.*

impossibilita aferir os efeitos da reorganização mais atual da política, que de todo modo não seriam observáveis a curto prazo. O que se sabe é que sempre houve a necessidade de mais recursos humanos para a área. Diante da impossibilidade de criação de novos cargos, as hepatites virais seguem como uma coordenação informal, apesar de responderem por um dos maiores gastos com medicamentos do Ministério da Saúde.

*O conteúdo deste documento é de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, opiniões das instituições as quais os pesquisadores e projeto estão vinculados.*

*Relatório vinculado ao projeto Brazil's Fight Against Hepatitis C: Surveillance, Control, and Care, coordenado em parceria pela FGV, Fiocruz e LSE, e financiado através do edital Institutional Links on Impact and Evidence-based Policies (Health and Neglected Diseases), do British Council em parceria com Newton Fund.*

## Referências

- Alter, H. J., Holland, P. V., Morrow, A. G., Purcell, R. H., Feinstone, S. M., & Moritsugu, Y. (1975). Clinical and serological analysis of transfusion-associated hepatitis. *Lancet* (London, England), 2(7940), 838–841. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(75\)90234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(75)90234-2)
- Arantes, L., Davidian, A., Fonseca, E. M., & Shadlen, K. (2021). Recentralizing Drug Procurement in a Context of Decentralized Health System: The Case of Hepatitis C Drugs in Brazil (paper for presentation). V Conferência Internacional em Políticas Públicas, Barcelona, julho, 2021.
- Atun R, Bennett S, Duran A. (2008). When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? Policy brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Brasil (2002a). Programa Nacional de Hepatites Virais: avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015). Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002b). Hepatites Virais: O Brasil está atento (1a ed.). Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Hepatites Virais: O Brasil está atento (3a ed.). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Choo, Q. L., Kuo, G., Weiner, A. J., Overby, L. R., Bradley, D. W., & Houghton, M. (1989). Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* (New York, N.Y.), 244(4902), 359–362. <https://doi.org/10.1126/science.2523562>

- Coutinho, C., Bastos, F., Fonseca, E., & Shadlen, K. (2021). Hepatite C no Brasil: panorama atual e desafios em face à pandemia de COVID-19. Nota técnica. Fundação Getúlio Vargas, Fundação Oswaldo Cruz e London School of Economics. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30238>
- De Maeseneer, J., van Weel, C., Egilman, D., Mfenyana, K., Kaufman, A., & Sewankambo, N. (2008). Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(546), 3–4. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263721>
- Dominguez, B. (2012). Quebrando o silêncio. *Radis: Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, n. 116. [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis116\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis116_web.pdf)
- Dudley, L., & Garner, P. (2011). Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(7), CD003318. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003318.pub3>
- 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. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1812959>
- Horimoto, F., Ayache, D., & Souza, J. (2004). Uso de escitalopram em paciente com depressão secundária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]*, v. 26, n. 3, pp. 337–340. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000300011>
- Hu, W., Zhang, C., Shi, J. J., Zhang, J. Y., & Wang, F. S. (2020). Hepatitis C: milestones from discovery to clinical cure. *Military Medical Research*, 7(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00288-y>
- Kolykhalov, A. A., Agapov, E. V., Blight, K. J., Mihalik, K., Feinstone, S. M., & Rice, C. M. (1997). Transmission of hepatitis C by intrahepatic inoculation with transcribed RNA. *Science (New York, N.Y.)*, 277(5325), 570–574. <https://doi.org/10.1126/science.277.5325.570>
- Kuo, G., Choo, Q. L., Alter, H. J., Gitnick, G. L., Redeker, A. G., Purcell, R. H., Miyamura, T., Dienstag, J. L., Alter, M. J., & Stevens, C. E. (1989). An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. *Science (New York, N.Y.)*, 244(4902), 362–364. <https://doi.org/10.1126/science.2496467>
- Lohmann, V., Körner, F., Koch, J., Herian, U., Theilmann, L., & Bartenschlager, R. (1999). Replication of subgenomic hepatitis C virus RNAs in a hepatoma cell line. *Science (New York, N.Y.)*, 285(5424), 110–113. <https://doi.org/10.1126/science.285.5424.110>
- Mesquita, F., Santos, M. E., Benzaken, A., Corrêa, R. G., Cattapan, E., Sereno, L. S., & Naveira, M. C. (2016). The Brazilian comprehensive response to hepatitis C: from strategic thinking to access to interferon-free therapy. *BMC public health*, 16(1), 1132. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3784-4>



- Mills A. (1983). Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social science & medicine* (1982), 17(24), 1971–1981. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000300011>
- Naveira, M., Barbosa, J., Sereno, L., Domanico, A., Mesquita, F., & de Souza, L. A. (2014). 12 years of universal access to hepatitis C treatment: Brazil's comprehensive response. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 13(6), 560–567. <https://doi.org/10.1177/2325957414547739>
- Nunn, A. (2008). *The politics and history of AIDS treatment in Brazil*. Springer. <https://10.1007/978-0-387-09618-6>
- Nunn, A., Fonseca, E., Bastos, F., Gruskin, S., & Salomon, J. (2007) Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. *PLOS Medicine* 4(11): e305. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040305>
- Oliveira-Cruz, V., Kurowski, C. and Mills, A. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *J. Int. Dev.*, 15: 67-86. <https://doi.org/10.1002/jid.966>
- Pereira, A., & Nichiata, L. (2011). A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 16, n. 7, pp. 3249-3257. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024>
- Seifert, L. L., Perumpail, R. B., & Ahmed, A. (2015). Update on hepatitis C: Direct-acting antivirals. *World journal of hepatology*, 7(28), 2829–2833. <https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i28.2829>
- Unger, J. P., De Paepe, P., & Green, A. (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *The International journal of health planning and management*, 18 Suppl 1, S27–S39. <https://doi.org/10.1002/hpm.723>
- Varaldo, C. (2003). *Convivendo com a hepatite C: Manual da convivência - Experiências e Informações de um portador do vírus*. Rio de Janeiro: Mauad Editora.
- Varaldo, C. (2013). *Diferenças e semelhanças nas formas de transmissão da AIDS e da hepatite C*. Hepato: Agência de notícia das hepatites.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Prevention and control of viral hepatitis infection: framework for global action*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016a). Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030: advocacy brief. World Health Organization.

World Health Organization. (2016b). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Declaration of Astana: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: World Health Organization.

Ximenes, R. A., Pereira, L. M., Martelli, C. M., Merchán-Hamann, E., Stein, A. T., Figueiredo, G. M., Braga, M. C., Montarroyos, U. R., Brasil, L. M., Turchi, M. D., Fonseca, J. C., Lima, M. L., Alencar, L. C., Costa, M., Coral, G., Moreira, R. C., & Cardoso, M. R. (2010). Methodology of a nationwide cross-sectional survey of prevalence and epidemiological patterns of hepatitis A, B and C infection in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 26(9), 1693–1704. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000900003>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* [6ed]. Los Angeles: SAGE.

## Anexo 1. Marcos globais das hepatites virais

ANO	INSTÂNCIA	TÍTULO	DESCRIÇÃO E REFERÊNCIA
2009	WHO Executive Board - 126th Session	Viral hepatitis - Report by the Secretariat	Viral hepatitis - Report by the Secretariat Traz estimativas mundiais de contaminação, diagnostica a fragmentação das ações voltadas e sugere que a OMS lidere o desenvolvimento de uma estratégia global para a prevenção e controle das hepatites virais. EB126/15: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_15-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_15-en.pdf</a>
2010	63rd World Health Assembly (WHA)	Resolution WHA63.18	A WHA adota o relatório EB126/15 e reconhece a gravidade das hepatites virais como problema de saúde pública mundial. Define que o dia 28 de julho seja designado como o Dia Mundial da Hepatite e solicita que a direção-geral da OMS estabeleça, em colaboração com os estados membros, as diretrizes, estratégias, metas e ferramentas necessárias para a vigilância, prevenção e controle das hepatites virais. EB126.R16: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2359/B126_R16-en.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2359/B126_R16-en.pdf</a> A63/15: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_15-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_15-en.pdf</a> WHA63.18: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-en.pdf</a>
2012	World Health Organization	Prevention and control of viral hepatitis infection: Framework for global action	Primeiro quadro de ação estabelecido a fim de implementar a resolução WHA63.18, sendo marco da criação do Programa Global de Hepatites Virais no âmbito do Departamento de Doenças Pandêmicas e Epidêmicas da OMS. Anuncia a possibilidade de cura pela introdução de agentes antivirais contra o HC. WHO/HSE/PED/HIP/GHP2012.1: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130012/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130012/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_eng.pdf</a>

## Anexo 1. Marcos globais das hepatites virais

ANO	INSTÂNCIA	TÍTULO	DESCRIÇÃO E REFERÊNCIA
2013	World Health Organization	18th WHO Model List of Essential Medicines	Inclusão do interferon peguilado na lista de medicamentos essenciais da OMS. 18th WHO EML: <a href="https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML.pdf">https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML.pdf</a>
	World Health Organization	Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis	Relatório da política global de prevenção e controlo das hepatites virais junto à Aliança Mundial das Hepatites. <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632_eng.pdf</a>
	WHO Executive Board - 134th Session	Improving the health of patients with viral hepatitis -Report by the Secretariat	Trata do avanço do tratamento com a aprovação de novos medicamentos e do desafio imposto a países de baixa e média renda. Preconiza que se combine pressão da sociedade civil sobre as farmacêuticas ao fortalecimento do sistema regulatório de medicamentos para aprovação de genéricos EB134/36: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_36-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_36-en.pdf</a>
2014	World Health Organization	Hepatitis Scientific and Technical Advisory Committee (STAC)	Formação do primeiro Comitê Consultivo Científico e Técnico para Hepatites Virais. <a href="https://www.who.int/groups/strategic-and-technical-advisory-group-on-hiv-hepatitis-and-sexually-transmitted-infections">https://www.who.int/groups/strategic-and-technical-advisory-group-on-hiv-hepatitis-and-sexually-transmitted-infections</a>
	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Guidelines for the screening, care and treatment	Primeiras diretrizes para o tratamento da hepatite C produzidas pela OMS. <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111747/9789241548755_eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111747/9789241548755_eng.pdf</a>
	67th World Health Assembly (WHA)	Resolution WHA67.6	Adota o relatório EB134/36. Propõe o desenvolvimento de planos nacionais e convida os países a explorarem possibilidade legais de flexibilizar acordos de propriedade intelectual no intuito de promover o acesso a fármacos. Solicita que a direção-geral da OMS examine a viabilidade da eliminação das hepatites B e C e invoca uma estratégia global de saúde pública, inovação e propriedade intelectual. EB134.R18: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R18-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R18-en.pdf</a> A67/13: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_13-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_13-en.pdf</a> WHA67.6: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf</a>
2015	United Nations General Assembly	2030 Agenda for Sustainable Development	Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades [...] 3.3. Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, assim como combater as hepatites virais, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis. A/RES/70/1: #HYPERLINK " <a href="http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&amp;Lang=E">http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&amp;Lang=E</a> "
	World Hepatitis Summit 2015	Building Momentum, Making the Case	Primeira reunião da cúpula, em Glasgow. Ímpeto à meta de eliminação das hepatites virais, adotada na WHA seguinte. Meeting report: <a href="https://www.worldhepatitisummit.org/wp-content/uploads/2022/01/whs-2015-report.pdf">https://www.worldhepatitisummit.org/wp-content/uploads/2022/01/whs-2015-report.pdf</a>
	WHO Executive Board - 138th Session	Draft Global Health Sector Strategies - Viral hepatitis (2016-2021)	Com base nas resoluções de 2010 e 2014, e na agenda da ONU para 2030, propõe um plano estratégico preliminar de eliminação das hepatites virais como um problema de saúde pública até 2030, com foco nos tipos crônicos. Baseia-se em boas práticas existentes e evidências disponíveis sobre a eficácia das abordagens e intervenções relacionadas à hepatite. O plano é elaborado em conjunto com as estratégias globais do HIV e infecções sexualmente transmissíveis para o mesmo período, a partir de uma estrutura comum e um processo de consulta coordenado. EB138/30: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_30-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_30-en.pdf</a>

## Anexo 1. Marcos globais das hepatites virais

ANO	INSTÂNCIA	TÍTULO	DESCRIÇÃO E REFERÊNCIA
2016	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Guidelines for the screening, care and treatment	Primeira atualização das diretrizes para o tratamento da hepatite C, recomendando como alternativa preferível os agentes antiviral de ação direta (DAA). <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205035/9789241549615_eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205035/9789241549615_eng.pdf</a>
	69th World Health Assembly (WHA)	Resolution WHA69.22	Adota o relatório EB138/30 e estabelece estratégias globais de saúde para o HIV, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis, para o período de 2016 a 2021. Enfatiza a existência de novos regimes de tratamento para pessoas com infecção crônica pelo HCV com medicamentos orais e bem tolerados que podem atingir taxas de cura superiores a 90%. A69/32: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_32-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_32-en.pdf</a> #WHA69.22: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R22-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R22-en.pdf</a>
	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Combating Hepatitis B and C to reach elimination by 2030: Advocacy Brief	Discute a viabilidade de estratégias de eliminação a partir de análises econômicas. Trata dos progressos na precificação de medicamentos para HCV, especialmente por meio de estratégias de negociação por parte de países de média e baixa renda, como acordos de licenciamento voluntários. Traz os exemplos do Egito (A batalha contra a maior epidemia de hepatite C do mundo começou no Egito) e da Mongólia (Avaliando opções para maximizar o impacto do tratamento em escala na Mongólia). WHO/HIV/2016.04: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206453/WHO_HIV_2016.04_eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206453/WHO_HIV_2016.04_eng.pdf</a>
	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards ending viral hepatitis	Consolida a primeira estratégia global para hepatites virais visando à eliminação como problema de saúde pública. Trata da sensibilização do público, dos avanços dos medicamentos, diagnósticos e outras tecnologias, e do compromisso de alcançar a equidade na saúde. WHO/HIV/2016.06: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf</a>
	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Global report on access to hepatitis C treatment	Fornece informações para que os países e as autoridades de saúde possam identificar o tratamento adequado e obtê-lo a preços acessíveis. O relatório utiliza a experiência de vários países pioneiros para demonstrar como as barreiras ao acesso ao tratamento podem ser superadas. WHO/HIV/2016.20: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250625/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250625/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf</a>
2017	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Global Hepatitis Report	Descreve pela primeira vez as estimativas globais e regionais sobre as hepatites virais, estabelecendo a linha de base para acompanhar os progressos na implementação da nova estratégia global. <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf</a>
	World Hepatitis Summit 2017	Accelerating action towards the elimination of viral hepatitis	Segunda reunião da cúpula, em São Paulo. Ímpeto à meta de universalização do tratamento. Meeting report: <a href="https://www.worldhepatitissummit.org/wp-content/uploads/2022/01/WH2017-Event-Report.pdf">https://www.worldhepatitissummit.org/wp-content/uploads/2022/01/WH2017-Event-Report.pdf</a>
2018	Global Hepatitis Program/ Department of HIV/AIDS	Guidelines for the prevention, care and treatment	Atualiza as diretrizes para o tratamento da hepatite C. <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273174/9789241550345-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273174/9789241550345-eng.pdf</a>
2019	Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes	Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections	Avalia os progressos a médio prazo na implementação das estratégias globais de saúde para o HIV, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (2016-2021). WHO/CDS/HIV/19.7: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324797/WHO-CDS-HIV-19.7-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324797/WHO-CDS-HIV-19.7-eng.pdf</a>

## Anexo 1. Marcos globais das hepatites virais

ANO	INSTÂNCIA	TÍTULO	DESCRIÇÃO E REFERÊNCIA
	WHO Executive Board - 148th Session	Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections	Solicita que sejam atualizadas, para o período de 2022-2030, as estratégias globais de saúde para o HIV, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis. EB148/37: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_37-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_37-en.pdf</a>
	74th World Health Assembly (WHA)	Resolution WHA74.20	Adota o relatório EB148/37 e prevê a construção de um amplo processo de consulta junto aos estados membros e em consideração às estratégias da UNAIDS e do Fundo Mundial de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária, entre outros, para que se instrua a WHA de 2022 por meio do conselho executivo da OMS. EB148(13) <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(13)-en.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(13)-en.pdf</a>
2021	Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes	Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections	Documenta a implementação das estratégias globais de saúde para o HIV, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (2016-2021). <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341412/9789240027077-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341412/9789240027077-eng.pdf</a>
	World Health Organization	The global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections (2022-2030)	Projeto construído a partir de uma série de consultas virtuais foi realizada de maio a julho de 2021 em todas as regiões da OMS, e de pesquisa online realizada de maio a agosto de 2021. GHSS 2022-2030 v2.0: <a href="https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/who_draft_ghss_hiv_hep_stis_2022-2030.pdf">https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/who_draft_ghss_hiv_hep_stis_2022-2030.pdf</a>

## Anexo 2. Metodologia

Por tratar de um tema ainda pouco explorado na literatura, o estudo valeu-se de um desenho de pesquisa qualitativo para investigar a governança da política pública e a evolução organizativa do Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV). O projeto Brazil's Fight Against Hepatitis C: Surveillance, Control and Care é uma pesquisa aplicada com o objetivo de subsidiar políticas públicas, portanto optamos por utilizar a perspectiva descritiva exploratória e atórica (Yin, 2018). A lógica indutiva permitiu investigar interpretações sobre a criação do programa de hepatites e as suas modificações ao longo do tempo. Em um segundo momento, por ocasião da publicação desses achados, pretendemos avançar a análise para identificar boas práticas e lições endereçadas a outros países que também aderiram à meta da Organização Mundial da Saúde de eliminação da hepatite C como problema de saúde pública.

A coleta de dados se deu em duas etapas. O primeiro passo da pesquisa documental foi levantar os marcos legais relacionados à política pública, desde antes da instituição do

primeiro tratamento para hepatite C e da criação do PNHV. A pesquisa voltou-se à coleta de documentos oficiais (leis, decretos e portarias), assim como de relatórios técnicos e outros materiais informativos publicados pelas instâncias envolvidas na gestão da política pública. Pretendeu-se um levantamento exaustivo desses documentos de modo a mapear, da forma mais abrangente possível, o contexto institucional da política no nível federal. A partir daí, foi possível estabelecer uma primeira cronologia da evolução da política de enfrentamento ao HCV no Brasil do ponto de vista normativo e técnico.

A próxima etapa consistiu em localizar o programa na estrutura do Ministério da Saúde (MS), para então poder listar os atores envolvidos no processo decisório das hepatites ao longo do tempo. Cumpre destacar que, a despeito da formalização em 2002, o PNHV nunca constou no organograma ministerial e a atribuição dos seus cargos de coordenação se deu sempre sob um arranjo informal. Assim, a amostragem dos gestores entrevistados se definiu pelo método de bola de neve. Ou seja, partiu-se de uma linha de base de entrevistados e, a partir dessas entrevistas, foi possível descobrir os demais nomes que estiveram em posição-chave ao longo da evolução da política pública – notadamente, todos aqueles que ocuparam cargos nos momentos em que as decisões foram tomadas – entre outros atores interessantes para os fins da pesquisa.

Procedeu-se então a uma pesquisa biográfica para sistematização dos potenciais informantes, em que se levantou a trajetória profissional de cada um a partir de dados disponíveis publicamente. Foi possível contactar praticamente todos os burocratas nomeados que estiveram em algum grau ligados à política das hepatites virais – coordenadores (exceto um), diretores de departamento e secretários (vide tabela 1). Foram feitas entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora, as quais foram gravadas com o consentimento do entrevistado e posteriormente transcritas.

Ademais, foram levantados materiais da assessoria de imprensa de órgãos oficiais e da mídia especializada, de organizações não governamentais e da sociedade civil, e de demais veículos de comunicação a fim de auxiliar na narrativa do caso e triangular as informações coletadas nas entrevistas. A tabela 2 a seguir mostra a relação de entrevistados, a data de cada entrevista e o cargo ocupado que foi critério para seleção.

Cabe ressaltar que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FGV, Parecer n. 055/2020.

**Tabela 2. Relação de entrevistados**

ID	DATA	POSIÇÃO
Entrevista 1	17/02/2021	Gestor PNHV
Entrevista 2	26/02/2021	Gestor PNHV
Entrevista 3	20/03/2021	Gestor DAF/SCTIE
Entrevista 4	09/04/2021	Gestor PNHV
Entrevista 5	11/05/2021	Gestor PN-DST/Aids
Entrevista 6	12/05/2021	Gestor SPS
Entrevista 7	12/05/2021	Gestor DIAHV/SVS
Entrevista 8	14/05/2021	Gestor DEVEP/SVS
Entrevista 9	18/05/2021	Gestor PN-DST/Aids
Entrevista 10	28/06/2021	Gestor DIAHV/SVS
Entrevista 11	16/07/2021	Gestor DIAHV/SVS
Entrevista 12	04/08/2021	Gestor DCCI/SVS
Entrevista 13	17/11/2021	Gestor PN-DST/Aids
Entrevista 14	24/11/2021	Gestor DCCI/SVS
Entrevista 15	29/11/2021	Gestor SVS
Entrevista 16	03/12/2021	Gestor PNHV
Entrevista 17	09/12/2021	Gestor DIAHV/SVS
Entrevista 18	10/12/2021	Médico Pesquisador HCV
Entrevista 19	13/12/2021	Técnico DIAHV/SVS
Entrevista 20	16/12/2021	Diretor OMS
Entrevista 21	23/12/2021	Técnico PNHV
Entrevista 22	02/02/2022	Técnico PNHV

*Projeto gráfico, diagramação e ilustração de capa:*



*ronald.digitalcom@gmail.com  
https://www.digitalcom.art.br/  
Whatsapp: 55 51 99280-3959*