

Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

**Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e
Controle das Hepatites Virais B, C e D – 2025/2030**

Brasília, 2024

Governador do Distrito Federal

Ibaneis Rocha

Vice-Governador

Celina Leão

Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal

Lucilene Florêncio

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

Marcus Antonio Costa

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

Nelma Regia da Cunha Louzeiro

Subsecretária de Atenção Integral à Saúde

Bianca Souza Lima

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Fabiano dos Anjos Pereira Martins

Elaboração

Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – Gevist/Divep/SVS

Colaboração

Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no DF - SAIS

Coordenação de Atenção Primária à Saúde - SAIS

Coordenação de Atenção Secundária em Saúde - SAIS

Diretorias de Atenção Primária à Saúde das Regiões de Saúde - SES

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	6
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	8
3.1 Hepatite B	9
3.2 Hepatite C	13
3.3 Hepatites virais em gestantes	17
3.3.1 Hepatite B	17
3.3.2 Hepatite C	20
3.4 Óbitos por hepatites virais	23
ESTIMATIVAS	24
JUSTIFICATIVA	24
OBJETIVOS	24
6.1 Objetivo geral:	24
6.2 Objetivos específicos:	25
EIXOS ESTRATÉGICOS E AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO	25
INDICADORES E METAS	29
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	33

APRESENTAÇÃO

Desde 1996, os casos confirmados de hepatites virais devem ser notificados, por meio de preenchimento da ficha de notificação e investigação, e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

As hepatites virais possuem grande importância para a humanidade, uma vez que podem levar a altas taxas de mortalidade e morbidade em indivíduos com infecções agudas ou cronicamente infectados.

As hepatites B e C provocam doenças crônicas em milhões de pessoas e, em conjunto, são a causa mais comum de cirrose hepática, carcinoma hepático e mortes relacionadas com hepatites virais. Estima-se que 354 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com hepatite B ou C e, para a maioria, os testes e o tratamento permanecem fora do alcance (1).

Um estudo da Organização Mundial de saúde (OMS) concluiu que cerca de 4,5 milhões de mortes prematuras poderiam ser evitadas em países de baixo e médio rendimento até 2030 por meio da vacinação, testes de diagnóstico, medicamentos e campanhas educativas (13).

Diante do preocupante impacto das hepatites virais na saúde da população e suas implicações para os sistemas e serviços de saúde em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde publicou, em junho de 2016, o documento *“Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards Ending Viral Hepatitis”*, que estabelece estratégias para alcançar a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública, com a meta de reduzir as novas infecções e a mortalidade associada às hepatites B e C em 90% e 65%, respectivamente, até 2030 (3).

Para tanto, em 2017, o Brasil iniciou uma linha de ação específica para atingir os objetivos propostos (4) e frente a esse desafio, a Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com a colaboração do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha, Coordenação de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção Secundária à Saúde e Diretorias de Atenção Primária à Saúde das regiões de saúde,

elaborou este Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e Controle das Hepatites Virais 2024/2030 do Distrito Federal.

Este documento, dividido em seis eixos estratégicos, sistematiza e recomenda ações e responsabilidades de promoção da saúde, de vigilância, de prevenção e de controle das hepatites B e C, permitindo maior efetividade na implementação das ações programadas e na organização das atividades de monitoramento e avaliação:

1. Atenção Primária à Saúde.
2. Ambulatórios Especializados.
3. Maternidades.
4. Logística, Apoio Diagnóstico e Assistência Farmacêutica.
5. Vigilância Epidemiológica.
6. Gestão.

Espera-se, assim, uma mobilização institucional e social para o enfrentamento das hepatites B e C, no Distrito Federal, vencendo as práticas desarticuladas da Rede de Atenção à Saúde para prevenção, diagnóstico, vigilância e tratamento das hepatites virais.

Em suma, a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública no Distrito Federal representa um compromisso institucional e a garantia do cumprimento dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

2 INTRODUÇÃO

Hepatite é um termo genérico que significa inflamação do fígado. Ela pode estar relacionada a diversas causas, como doenças autoimunes, metabólicas e genéticas, uso de alguns medicamentos, intoxicação por defensivos agrícolas, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e contaminação por agentes infecciosos (6,7).

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Têm distribuição universal e são consideradas um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil (8).

As hepatites virais mais frequentes são causadas por cinco vírus: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Esses vírus pertencem, respectivamente, às seguintes famílias: *Picornaviridae*, *Hepadnaviridae*, *Flaviviridae*, *Deltaviridae* e *Hepeviridae* (8).

As hepatites virais A e E são transmitidas pela via fecal-oral e estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos e relação sexual desprotegida (contato boca-ânus), especificamente na hepatite A (8).

As hepatites virais B, C e D (delta) são transmitidas pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), pelo esperma e por secreção vaginal (via sexual). A transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de *piercing* e para confecção de tatuagens, materiais para escarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack). Além disso, a transmissão também pode se dar em acidentes com exposição a material biológico, procedimentos cirúrgicos e odontológicos, hemodiálise, transfusão e endoscopia, entre outros, quando as normas de biossegurança não são aplicadas. A transmissão vertical das hepatites virais também pode ocorrer no momento do parto (8).

A doença tem um amplo espectro clínico, que varia desde formas assintomáticas, anictéricas, ictéricas típicas, até a insuficiência hepática aguda grave (fulminante). A maioria das hepatites virais agudas é assintomática, independentemente do tipo de vírus. Quando apresentam sintomatologia, são caracterizadas por fadiga, mal-estar, náuseas, dor abdominal, anorexia, urina escura (colúria), fezes esbranquiçadas (acolia) e icterícia. A hepatite crônica, em geral, cursa de forma assintomática; as manifestações clínicas aparecem quando a doença está em estágio avançado, com relato de fadiga e exame clínico evidenciando hepatoesplenomegalia (6).

Os casos crônicos das hepatites virais B, C e D podem evoluir com o desenvolvimento de fibrose, cirrose hepática e suas complicações. As pessoas com hepatites virais crônicas também têm risco aumentado para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (8).

O diagnóstico das hepatites virais baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoenaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, empregando técnicas de biologia molecular. Desde 2011, o Ministério da Saúde inseriu os testes rápidos de hepatite B e C na rede SUS, o que tem ajudado a ampliar o diagnóstico de ambas as infecções. Os testes rápidos são testes de triagem e, uma vez que apresentem resultados reagentes, deverão ser confirmados com a realização da carga viral para hepatite C (HCV-PCR), carga viral para hepatite B (HBV-DNA) ou outros marcadores, conforme a disponibilidade de cada serviço e de acordo com os fluxogramas de diagnóstico propostos pelo Ministério da Saúde (9).

Quanto ao tratamento, agentes antivirais eficazes contra as hepatites virais B e C têm o potencial de reduzir drasticamente a morbidade e mortalidade, incluindo entre pessoas coinfectadas com HIV. Nem todas as pessoas com hepatite crônica requerem ou são elegíveis para tratamento. Os indivíduos precisam ser avaliados quanto à doença hepática para determinar se o tratamento é indicado e, se não forem elegíveis para tratamento, monitorados regularmente para determinar quando o tratamento deve ser iniciado. Os antivirais de ação direta para o tratamento da hepatite C crônica têm taxas de cura superiores a 95%, com regimes pan-genotípicos disponíveis. O tratamento eficaz

também está disponível para hepatite B crônica, embora geralmente seja necessário um tratamento por toda a vida. As diretrizes da OMS para o tratamento da infecção crônica da hepatite B e C promovem uma abordagem de saúde pública com um movimento em direção a regimes de tratamento oral mais simples e seguros (3).

No Brasil, houve uma expansão dos serviços de rastreamento de HCV para o nível de atenção primária à saúde, e os testes e tratamento são fornecidos gratuitamente no setor público. A atual política brasileira para o enfrentamento da hepatite C no país assegura o tratamento para todos os pacientes, nas suas formas aguda ou crônica, independentemente do estadiamento de fibrose hepática(4). De acordo com o MS de 2019 a 2022-, o Brasil havia tratado 86.769 pacientes, um passo significativo no sentido de cumprir suas metas nacionais (12).

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular (em até sete dias) no Brasil, portanto todos os casos confirmados e surtos devem ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando a Ficha de Investigação das Hepatites Virais (8).

3 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

No mundo, em 2019, segundo a OMS, cerca de 296 milhões de pessoas, ou 3,8% da população, viviam com hepatite B crônica e 58 milhões de pessoas, ou 0,75% da população, viviam com infecção pelo vírus da hepatite C (HCV). Nesse mesmo ano, a hepatite B resultou em cerca de 820.000 mortes, e a hepatite C em aproximadamente 290.000, ambas por cirrose e carcinoma hepatocelular (câncer primário do fígado). A infecção pelo HCV está distribuída de maneira desigual em todo o mundo. As regiões da Europa e do Mediterrâneo Oriental são as mais afetadas, mas há variações na prevalência entre os países e dentro deles (2).

No Brasil, de 2000 a 2022, segundo o Ministério da Saúde, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 750.651 casos confirmados de hepatites virais, dos quais, 169.094 (22,5%) são referentes aos casos de hepatite A, 276.646 (36,9%) aos de hepatite B, 298.738 (39,8%) aos de hepatite C, 4.393 (0,6%) aos de hepatite D e

1.780 (0,2%) aos de hepatite E. De 2000 a 2021, foram identificados, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 85.486 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses, 1,5% foram associados à hepatite viral A; 21,5% à hepatite B; 76,1% à hepatite C e 0,9% à hepatite D. (10).

No Distrito Federal, no período de 2018 a 2022, foram registrados no Sinan 1.395 casos novos de hepatites virais, sendo 552 (39,6%) de hepatite B, 841 (60,3%) de hepatite C e 2 (0,1%) de hepatite D. Em todos os anos é possível observar um maior percentual de casos de hepatite C. No mesmo período, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ocorreram 277 óbitos relacionados às hepatites virais (5).

3.1 Hepatite B

A análise da série histórica mostra que no Distrito Federal, no período de 2018 a 2022, foram notificados no Sinan **552 casos novos de hepatite B**, sendo 145 (26,3%) na região Sudoeste, 79 (14,3%) na Centro-Sul, 73 (13,2%) na Norte, 69 (12,5%) na Oeste, 67 (12,1%) na Sul, 62 (11,2%) na Leste e 51 (9,2%) na Central. Com relação às regiões administrativas, no último ano, a Candangolândia registrou o maior coeficiente de detecção (6,1 casos de hepatite B por 100.000 habitantes), seguida de Sobradinho, São Sebastião e Paranoá (todas com 4,0 casos por 100.000 habitantes), e de Taguatinga (3,8 casos por 100.000 habitantes). (Tabela 1).

Tabela 1. Casos confirmados de hepatite B (número e coeficiente de detecção por 100.000 habitantes), segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.

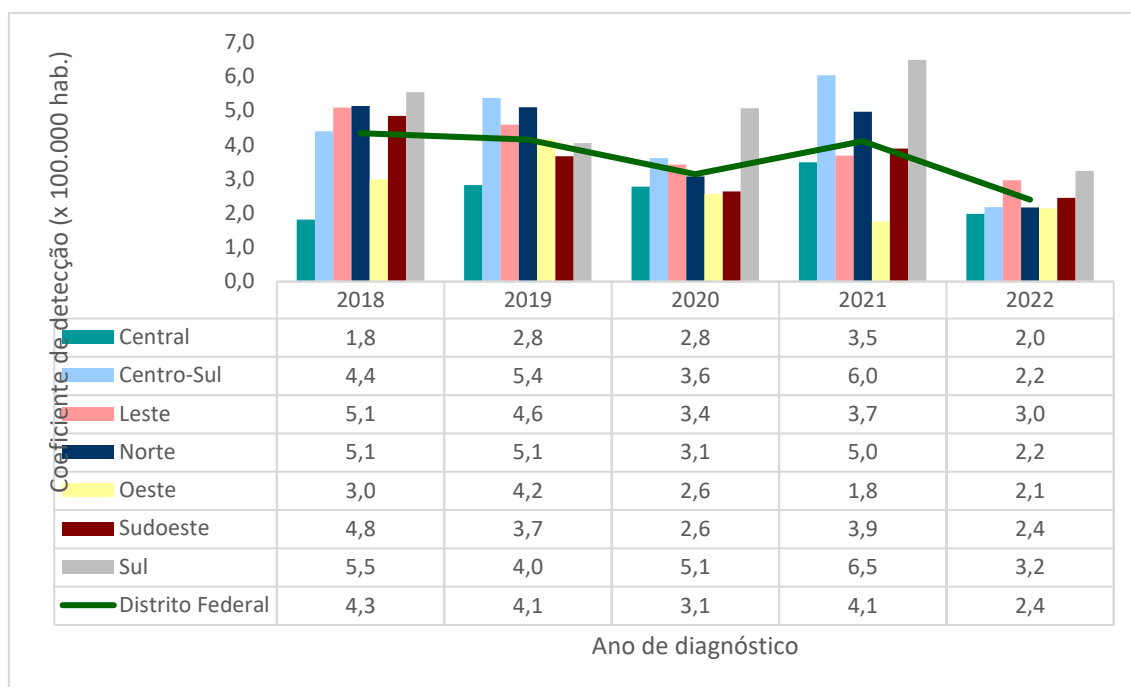
Região Administrativa	2018		2019		2020		2021		2022		Total n
	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	
Central	7	1,8	11	2,8	11	2,8	14	3,5	8	2,0	51
Cruzeiro	2	6,4	3	9,7	1	3,2	1	3,2	0	0,0	7
Lago Norte	0	0,0	0	0,0	3	8,1	1	2,7	0	0,0	4
Lago Sul	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0	2
Plano Piloto	4	1,8	4	1,8	5	2,1	8	3,4	6	2,5	27

Sudoeste Octogonal	0	0,0	1	1,8	1	1,8	2	3,6	2	3,5	6
Varjão	1	11,4	3	34,0	0	0,0	1	11,2	0	0,0	5
Centro-Sul	16	4,4	20	5,4	13	3,6	22	6,0	8	2,2	79
Candangolândia	1	6,1	1	6,1	1	6,1	3	18,4	1	6,1	7
Guará	8	6,0	4	2,9	7	5,0	8	5,6	3	2,1	30
Núcleo Bandeirante	0	0,0	2	8,3	1	4,2	1	4,1	0	0,0	4
Park Way	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,6	0	0,0	2
Riacho Fundo I	5	11,7	6	13,9	2	4,6	3	6,7	1	2,2	17
Riacho Fundo II	1	1,2	4	4,5	2	2,7	3	4,0	2	2,7	12
SCIA/Estrutural	1	2,8	3	8,3	0	0,0	2	5,3	1	2,6	7
SIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Leste	15	5,1	14	4,6	11	3,4	12	3,7	10	3,0	62
Itapoã	3	4,8	3	4,7	1	1,5	1	1,5	0	0,0	8
Jardim Botânico	0	0,0	2	3,5	1	1,7	3	5,1	2	3,3	8
Paranoá	6	8,2	6	8,1	3	4,0	5	6,6	3	4,0	23
São Sebastião	6	5,8	3	2,7	6	4,9	3	2,4	5	4,0	23
Norte	18	5,1	18	5,1	11	3,1	18	5,0	8	2,2	73
Fercal	0	0,0	1	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Planaltina	9	4,7	12	6,2	4	2,0	11	5,5	4	1,9	40
Sobradinho	7	9,8	3	4,2	7	9,5	3	4,0	3	4,0	23
Sobradinho II	2	2,5	2	2,5	0	0,0	4	5,1	1	1,3	9
Oeste	15	3,0	21	4,2	13	2,6	9	1,8	11	2,1	69
Brazlândia	5	7,9	6	9,4	1	1,6	1	1,5	2	3,1	15
Ceilândia	10	2,3	15	3,4	12	2,7	8	1,8	9	2,0	54
Sudoeste	39	4,8	30	3,7	22	2,6	33	3,9	21	2,4	145
Águas Claras	6	3,7	7	4,2	5	2,9	5	2,9	2	1,1	25
Recanto das Emas	2	1,5	4	3,0	6	4,5	4	2,9	4	2,9	20
Samambaia	19	8,1	10	4,2	4	1,6	7	2,8	6	2,4	46
Taguatinga	8	3,9	7	3,4	4	1,9	12	5,7	8	3,8	39
Vicente Pires	4	5,6	2	2,8	3	3,9	5	6,4	1	1,3	15
Sul	15	5,5	11	4,0	14	5,1	18	6,5	9	3,2	67
Gama	8	5,6	4	2,8	7	4,9	10	6,9	5	3,4	34
Santa Maria	7	5,5	7	5,4	7	5,3	8	6,0	4	3,0	33
Em Branco	4	*	0	*	1	*	1	*	0	*	6
Distrito Federal	129	4,3	125	4,1	96	3,1	127	4,1	75	2,4	552

Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/03/2023. População Codeplan.

Em 2022, houve aumento do coeficiente de detecção por 100.000 habitantes apenas na região Oeste que passou de 1,8 caso por 100.000 habitante em 2021 para 2,1 casos para 100.000 habitantes em 2022. As demais regiões de saúde apresentaram redução (Gráfico 1).

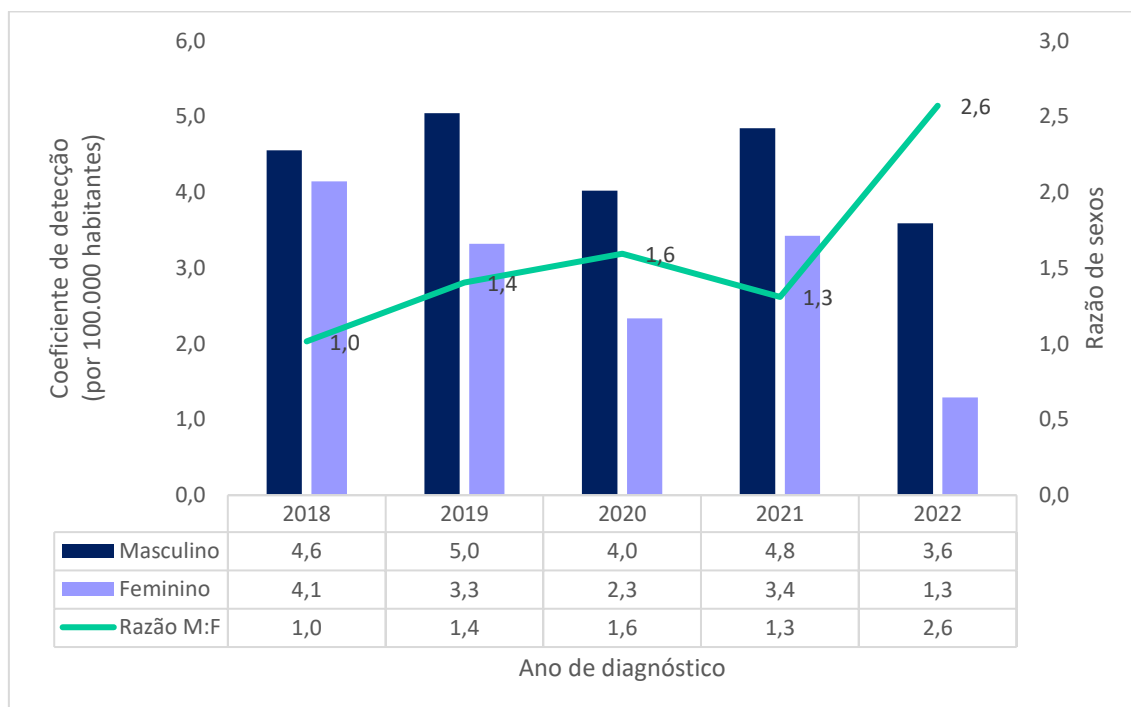
Gráfico 1. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite B, segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/03/2023. População Codeplan.

No que se refere ao coeficiente de detecção por 100.000 habitantes segundo sexo, o masculino apresentou crescimento em 2019 e 2021, e mostrou queda em 2020 e 2022. No sexo feminino, foi observada queda em 2019 e 2020, crescimento em 2021 e queda novamente em 2022. A razão de sexos (M:F) apresentou crescimento de 1,3 para 2,6 homens para cada mulher com hepatite B, em 2022 em relação ao ano de 2021 (Gráfico 2).

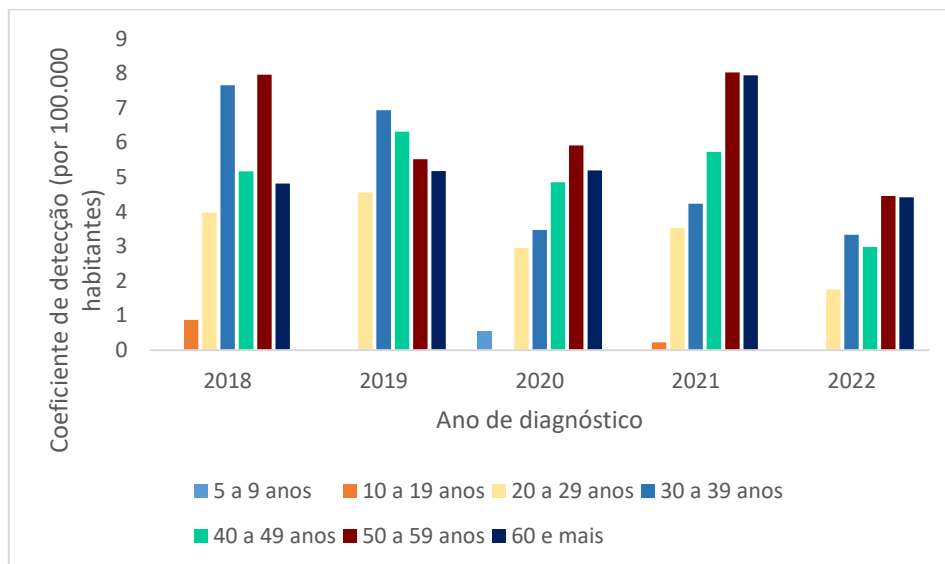
Gráfico 2. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite B, segundo sexo e razão de sexos. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 03/04/2023. População Codeplan.

Em se tratando da faixa etária, entre 2018 e 2022, os maiores coeficientes de detecção de hepatite B por 100.000 habitantes foram verificados entre 50 a 59 anos, com exceção de 2019, em que a faixa etária com maior coeficiente de detecção foi a de 30 a 39 anos, com 6,9 por 100.000 habitantes. No período analisado, não foram notificados casos de hepatite B entre menores de cinco anos de idade. De 2018 a 2022, não foram notificados casos de hepatite B entre os menores de cinco anos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite B, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/3/2023. População Codeplan.

3.2 Hepatite C

No que se refere a hepatite C, a análise da série histórica mostra que no Distrito Federal, no período de 2018 a 2022, foram notificados **841 casos novos de hepatite C**, sendo 233 (27,7%) na região Sudoeste, 124 (14,7%) na Oeste, 111 (13,2%) na Central, 105 (12,5%) na Centro-Sul, 104 (12,4%) na Sul, 100 (11,9%) na Norte e 64 (7,6%) na Leste (Tabela 2).

Com relação às regiões administrativas, no último ano, a Candangolândia registrou o maior coeficiente de detecção (12,3 casos de hepatite C por 100.000 habitantes), seguida do Lago Sul e Vicente Pires (com 9,9 casos por 100.000 habitantes e 8,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Em 2022, Ceilândia apresentou o maior número de casos, 13, com um coeficiente de detecção de 2,9 casos de hepatite C por 100.000 habitantes e São Sebastião o menor (0,8 casos por 100.000 habitantes). As regiões do Varjão, Park Way, SIA, Itapoã e Fercal não registraram nenhum caso nesse ano (Gráfico 4; Tabela 2).

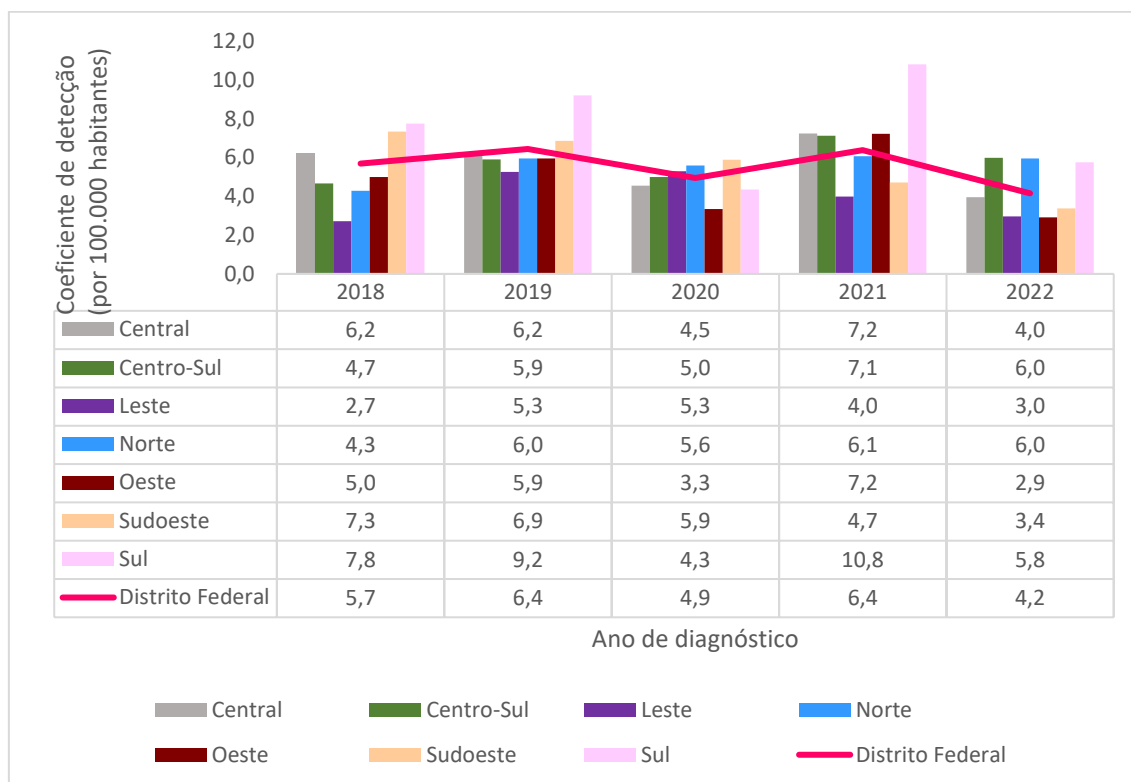
Tabela 2. Número de casos e coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite C, segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.

Região Administrativa	2018		2019		2020		2021		2022		Total
	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	
Central	24	6,2	24	6,2	18	4,5	29	7,2	16	4,0	111
Cruzeiro	4	12,9	2	6,5	0	0,0	4	13,0	2	6,5	12
Lago Norte	0	0,0	1	2,7	2	5,4	1	2,7	1	2,6	5
Lago Sul	0	0,0	3	9,9	1	3,3	0	0,0	3	9,9	7
Plano Piloto	18	8,0	18	7,9	15	6,4	22	9,3	7	2,9	80
Sudoeste Octogonal	2	3,7	0	0,0	0	0,0	2	3,6	3	5,3	7
Varjão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Centro-Sul	17	4,7	22	5,9	18	5,0	26	7,1	22	6,0	105
Candangolândia	1	6,1	3	18,3	3	18,4	0	0,0	2	12,3	9
Guará	9	6,7	7	5,1	10	7,1	14	9,9	9	6,3	49
Núcleo Bandeirante	1	4,2	3	12,5	2	8,3	1	4,1	2	8,2	9
Park Way	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1
Riacho Fundo I	2	4,7	4	9,2	1	2,3	5	11,2	3	6,7	15
Riacho Fundo II	3	3,5	4	4,5	2	2,7	3	4,0	5	6,7	17
SCIA/Estrutural	1	2,8	1	2,8	0	0,0	2	5,3	1	2,6	5
SIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Leste	8	2,7	16	5,3	17	5,3	13	4,0	10	3,0	64
Itapoã	1	1,6	3	4,7	1	1,5	2	3,0	0	0,0	7
Jardim Botânico	1	1,8	1	1,8	5	8,6	2	3,4	5	8,3	14
Paranoá	1	1,4	7	9,5	2	2,7	4	5,3	4	5,3	18
São Sebastião	5	4,8	5	4,5	9	7,3	5	4,0	1	0,8	25
Norte	15	4,3	21	6,0	20	5,6	22	6,1	22	6,0	100
Fercal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,5	0	0,0	1
Planaltina	8	4,2	10	5,2	10	5,1	11	5,5	10	4,8	49
Sobradinho	4	5,6	9	12,7	9	12,2	5	6,7	6	8,0	33
Sobradinho II	3	3,8	2	2,5	1	1,3	5	6,3	6	7,6	17
Oeste	25	5,0	30	5,9	17	3,3	37	7,2	15	2,9	124
Brazlândia	2	3,2	7	11,0	1	1,6	4	6,2	2	3,1	16
Ceilândia	23	5,3	23	5,2	16	3,6	33	7,4	13	2,9	108
Sudoeste	59	7,3	56	6,9	49	5,9	40	4,7	29	3,4	233
Águas Claras	2	1,2	7	4,2	3	1,8	7	4,1	3	1,7	22
Recanto das Emas	12	9,1	10	7,6	15	11,3	3	2,2	4	2,9	44
Samambaia	16	6,8	15	6,3	14	5,7	14	5,6	6	2,4	65
Taguatinga	26	12,6	21	10,1	15	7,2	16	7,6	9	4,2	87
Vicente Pires	3	4,2	3	4,1	2	2,6	0	0,0	7	8,8	15
Sul	21	7,8	25	9,2	12	4,3	30	10,8	16	5,8	104
Gama	12	8,4	14	9,8	7	4,9	14	9,7	9	6,2	56
Santa Maria	3	2,3	10	7,8	5	3,8	14	10,5	7	5,3	39
Em Branco	6	*	1	*	0	*	2	*	0	*	9

Distrito Federal	169	5,7	194	6,4	151	4,9	197	6,4	130	4,2	841
-------------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Fonte: Sinan: Dados provisórios, extraídos em 29/03/2023. População Codeplan.

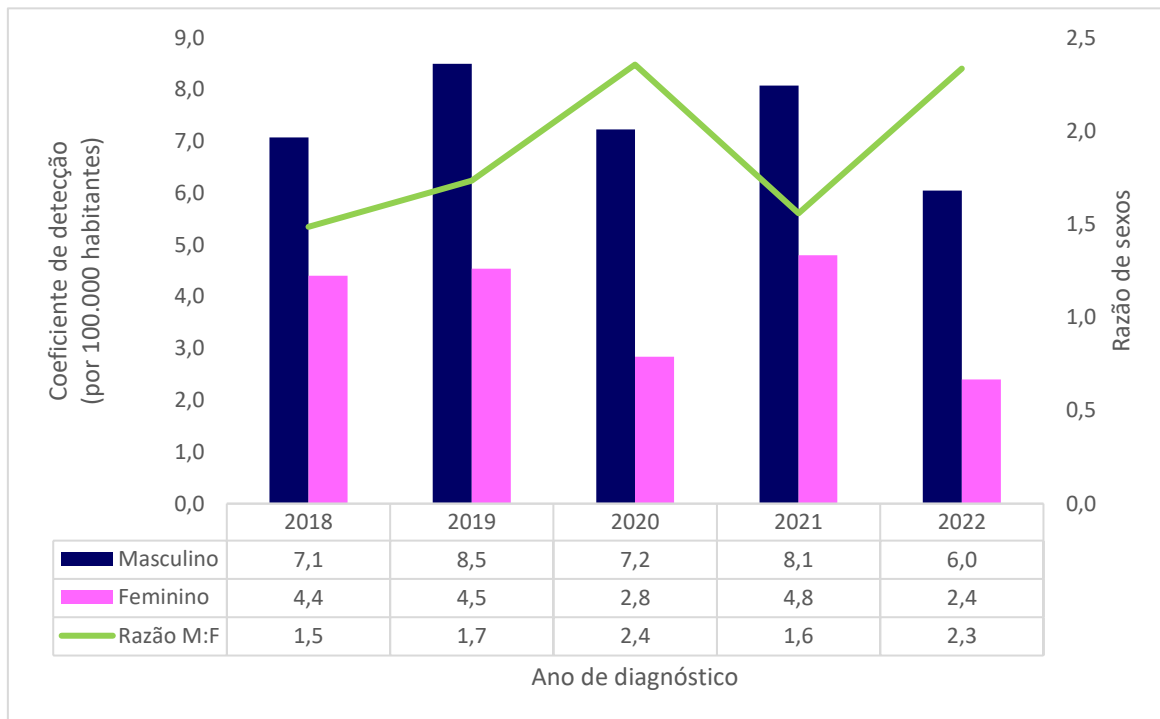
Gráfico 4. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite C, segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan: Dados provisórios, extraídos em 29/3/2023. População Codeplan.

No que tange ao coeficiente de detecção por 100.000 habitantes segundo sexo, o feminino e o masculino apresentaram padrões semelhantes com crescimento em 2019, redução em 2020, voltando a crescer em 2021 e reduzindo novamente no último ano. A razão entre os sexos (M:F) apresentou um crescimento de 2021 para 2022, passando de 1,8 para 2,3 homens para cada mulher com hepatite C, respectivamente (Gráfico 5).

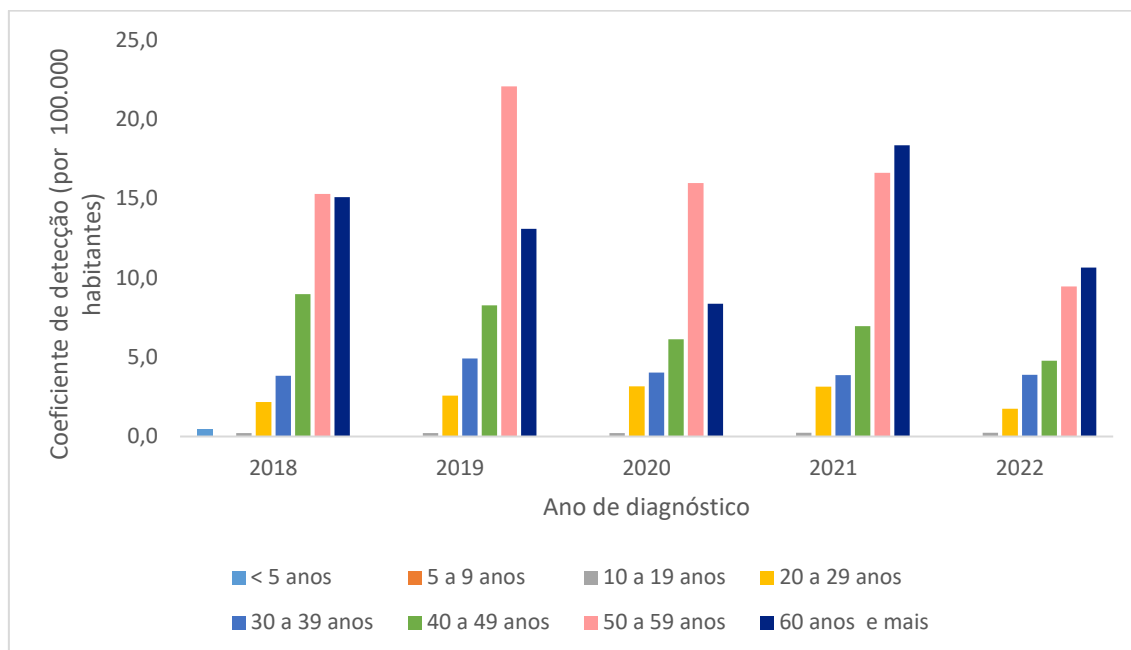
Gráfico 5. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite C, segundo sexo e razão de sexos. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan: Dados provisórios, extraídos em 29/03/2023. População Codeplan.

Em relação à faixa etária, de 2018 a 2020 as idades entre 50 e 59 anos apresentaram o maior coeficiente de detecção. Nos anos de 2021 e 2022, os maiores coeficientes foram na faixa etária acima de 60 anos. De 2019 a 2022, não foram registrados casos em menores de 5 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6. Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de hepatite C, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/03/2023. População Codeplan.

3.3 Hepatites virais em gestantes

3.3.1 Hepatite B

A maioria das mulheres jovens com infecção crônica pelo HBV apresenta-se na fase de imunotolerância da infecção (HBsAg positivo, HBeAg positivo), que se caracteriza pela intensa replicação viral, porém sem doença hepática ativa (ALT/AST em níveis dentro da normalidade e histologia hepática com mínimas alterações). A hepatite B crônica tem pouca influência no curso da gestação, assim como a gestação em geral não altera a história natural da doença; porém, após o parto, poderá ocorrer reativação viral com exacerbação da doença hepática na parturiente (11).

Mulheres com cirrose hepática secundária ao HBV podem ter prejuízo na sua fertilidade devido às alterações hormonais associadas, e estão sob risco de morte materna e perinatal. Além disso, hipertensão gestacional, aborto, parto pré-termo e restrição do crescimento fetal podem acontecer devido à doença ativa (11).

Durante a gestação, os níveis de cortisol plasmático se elevam, principalmente, no último trimestre, ocasionando um estado de imunossupressão fisiológica. Nesse

período, pode-se observar elevação dos níveis de CV-HBV sem alteração dos níveis de ALT/AST e sem exacerbação da doença hepática (11).

Entretanto, no pós-parto e no puerpério, os níveis de cortisol plasmático retornam ao normal e há a reconstituição da resposta imunológica materna, podendo ocorrer exacerbação da doença hepática, elevação dos níveis de ALT e em algumas vezes, soroconversão espontânea HBeAg/anti-HBe (11).

Deve-se proceder à investigação da infecção pelo HBV com pesquisa do HBsAg em todas as gestantes no 1º trimestre da gestação, ou quando se iniciar o pré-natal(11).

Todas as gestantes identificadas com HBsAg reagente devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e/ou serviço de referência. No entanto, a solicitação de exames complementares e indicação de terapia profilática não devem aguardar a consulta com o especialista (11).

Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto(11).

O teste rápido é uma importante ferramenta de acesso rápido ao resultado do HBsAg, para identificar as mulheres portadoras crônicas do HBV, especialmente as que possuem CV-HBV elevada, para que seja iniciado o tratamento ou a quimioprofilaxia em tempo oportuno, e a oferta de profilaxias ao RN exposto no pós-parto imediato, vacina da hepatite B e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), de modo a impedir a transmissão vertical do HBV (11).

Desde 2020, a OMS recomendou que gestantes positivas para o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) com alto risco de transmissão do vírus para seus bebês recebam profilaxia antiviral com tenofovir periparto para prevenir a transmissão do HBV da mãe para filho (2). Desse modo, todas as gestantes com hepatite B que apresentem níveis de CV-HBV superiores a 200.000 UI/mL e/ou HBeAg reagente devem receber terapia profilática com TDF 300mg uma vez ao dia VO, a partir de 28-32 semanas de gestação (terceiro trimestre)(11).

O risco de cronificação da infecção pelo HBV é inversamente relacionado à idade de aquisição, sendo 90% em RN 25 a 30% entre 1 a 5 anos de idade, e menor que 5% em adultos (11).

Para as crianças expostas ao HBV que não receberam seguimento adequado durante o período pós-natal, com vacina e IGHAHB, deverá ser realizada investigação quanto à infecção pelo HBV(11).

Recomenda-se que a pesquisa laboratorial (sorologia ou teste rápido) do HBsAg seja realizada após os 6 meses de idade e, no mínimo, após 30 dias da dose de vacina da hepatite B, haja vista que a vacina contra hepatite B possui antígeno de superfície recombinante, pode haver elevação transitória do HBsAg, sem significar infecção crônica (11).

Filhos de mães HBsAg reagente que receberam profilaxia com vacina e IGHAHB devem realizar anti-HBs e HBsAg 1 a 2 meses da última dose de vacina E idade maior ou igual a 9 meses(11).

Para aquelas crianças nascidas de mães HBsAg reagente, mas que não utilizaram IGHAHB a testagem para HBsAg e anti-HBs deve ser realizada 1 a 2 meses da última dose de vacina(11).

No Distrito Federal, no período de 2016 a 2020, foram identificadas, no Sinan, 55 gestantes com hepatite B, o que representa 10% do total de casos notificados. O ano de 2022 apresentou o menor número de casos em gestantes do período. O coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos variou entre 0,1 e 0,4 nos anos analisados, com variação entre as regiões de saúde. Quando comparados os anos de 2018 e 2022, os coeficientes de detecção por 1.000 nascidos vivos de hepatite B em gestantes das regiões Leste, Norte, Oeste e Sudoeste apresentaram redução e os das regiões Central e Sul apresentaram aumento. Em 2022, o maior indicador foi registrado na região Sul (0,32 caso por 1.000 nascidos vivos). A região Centro-Sul não registrou nenhum caso em ambos os anos e a região Norte não registrou nenhum caso em 2022 (Tabela 3).

Tabela 3. Casos confirmados de hepatite B em gestantes (número e coeficiente de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022

Região Administrativa	2018		2019		2020		2021		2022		Total
	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n
Central	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,8	1	0,3	6
Centro-Sul	0	0,0	1	0,2	2	0,4	2	0,4	0	0,0	5
Leste	3	0,7	3	0,7	1	0,2	0	0,0	1	0,2	8
Norte	4	0,7	2	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	7
Oeste	2	0,3	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,2	5
Sudoeste	5	0,4	5	0,4	1	0,1	3	0,3	1	0,1	15
Sul	1	0,2	2	0,5	3	0,8	2	0,5	1	0,3	9
Em Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Distrito Federal	16	0,4	15	0,4	8	0,2	11	0,3	5	0,1	55

Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/3/2023. Nascidos vivos: Sinasc, dados provisórios, extraídos em 30/3/2023.

Não há ficha específica de notificação no Sinan para gestante com hepatite B. Assim, se a mulher tiver sido notificada para hepatite B anteriormente, em qualquer período da vida, para não existir duplicidade nominal, não será necessária uma nova notificação durante a gestação. Dessa forma, o número de gestantes com hepatite B é maior do que o registrado no Sinan.

Para reduzir o risco de transmissão vertical, os recém-nascidos de mulheres com hepatite B devem receber, logo após o nascimento, imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a primeira dose do esquema vacinal para HBV.

De acordo com dados extraídos do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), no Distrito Federal, de 2018 a 2022, foram aplicadas **102** doses de imunoglobulina para prevenção da infecção perinatal.

3.3.2 Hepatite C

É recomendada a realização da testagem para HCV (preferencialmente com teste rápido) em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), e nas mulheres em planejamento reprodutivo(11).

A gestante com HCV deve ter, no início do pré-natal, dosagens da CV-HCV e testes de função hepática, para avaliar risco de transmissão vertical e estadiamento de doença hepática (11).

Há evidências de que mulheres com HCV estão sob risco de piores desfechos maternos e neonatais, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento, hemorragia pré-parto e parto pré-termo. A colestase intra-hepática é mais comum em mulheres com HCV-RNA positivo, chegando a taxas de 20%. Enquanto que, em alguns casos, pode haver uma queda dos níveis de transaminases durante o segundo e terceiro trimestres, mediada por fatores imunológicos característicos da gestação (11).

Os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos ou não possuem dados que comprovem segurança na gestação; por isso, são contraindicados durante esse período. Com os esquemas terapêuticos atuais, espera-se que as mulheres portadoras do HCV sejam tratadas antes de uma gestação planejada(11).

Uma metanálise recente demonstrou uma taxa de TV de hepatite C de 5,8%, embora as taxas variem a depender de fatores geográficos, gravidade da doença e altos títulos de CV-HCV, comorbidades como a coinfeção com o HIV ou presença de monócitos infectados pelo HCV em sangue periférico (11).

A maioria das infecções crônicas pelo HCV na infância é assintomática e benigna. No entanto, o estágio precoce de infecção adquirida por transmissão vertical é caracterizado por uma ampla variação de anormalidade de ALT (11).

São descritos três desfechos possíveis para a infecção pelo HCV adquirida verticalmente:

- 20% a 40% dos RN irão negativar o vírus;
- 50% dos RN desenvolverão infecção crônica assintomática (CV-HCV detectável intermitentemente e níveis normais de ALT);
- 30% dos RN terão infecção crônica ativa com CV-HCV persistentemente detectável e ALT frequentemente anormal (11).

Entre as crianças com infecção crônica, foi relatada progressão de fibrose hepática para cirrose em adolescentes, com curso mais rápido naquelas coinfectadas com HIV. Existem ainda casos mais raros de ocorrência de carcinoma hepatocelular que necessitaram de transplante hepático na adolescência. Além disso, existem na literatura

descrições de manifestações extra-hepáticas nessa população, porém elas são raras (11).

O diagnóstico da infecção pelo HCV em indivíduos menores que 18 meses deve ser feito por teste molecular. A avaliação laboratorial precoce tem por objetivo a vinculação da criança exposta em um serviço para seguimento, além do estadiamento da doença hepática nos casos de infecção por HCV. Recomenda-se que o primeiro teste seja feito entre 03 e 06 meses de idade (11).

O seguimento nas crianças portadoras do HCV deve ser feito anualmente com enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT, FA) e carga viral de HCV. Não há recomendação de exames radiológicos de rotina. Se houver alteração das enzimas hepáticas acima de 1,5 vezes o limite superior da normalidade, recomenda-se tratamento após os 3 anos de idade nas crianças com genótipo 1 e após os 4 anos com genótipo 3 (11).

No Distrito Federal, no período de 2018 a 2022, foram notificadas 24 gestantes com hepatite C, o que representa 2,9% do total de casos registrados na população em geral. Em 2022, o maior coeficiente de detecção em gestantes, segundo região de saúde, foi verificado na região Oeste (0,3 casos por 1.000 nascidos vivos), seguido da região Leste (0,2 casos por 1.000 nascidos vivos) (Tabela 4).

Tabela 4. Casos confirmados de hepatite C em gestantes (número e coeficiente de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2018 a 2022.

Região Administrativa	2018		2019		2020		2021		2022		Total
	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	
Central	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1
Centro-Sul	0	0	2	0,4	0	0	3	0,7	0	0	5
Leste	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1
Norte	1	0,2	3	0,6	1	0,2	1	0,2	0	0	6
Oeste	1	0,1	0	0	0	0	0	0	2	0,3	3
Sudoeste	1	0,1	2	0,2	2	0,2	0	0	0	0	5
Sul	1	0,2	0	0	1	0,3	1	0,3	0	0	3
Em Branco	0	0	0	0	0	0	1	5,8	0	0	1
Distrito Federal	4	0,1	7	0,2	4	0,1	6	0,2	3	0,1	24

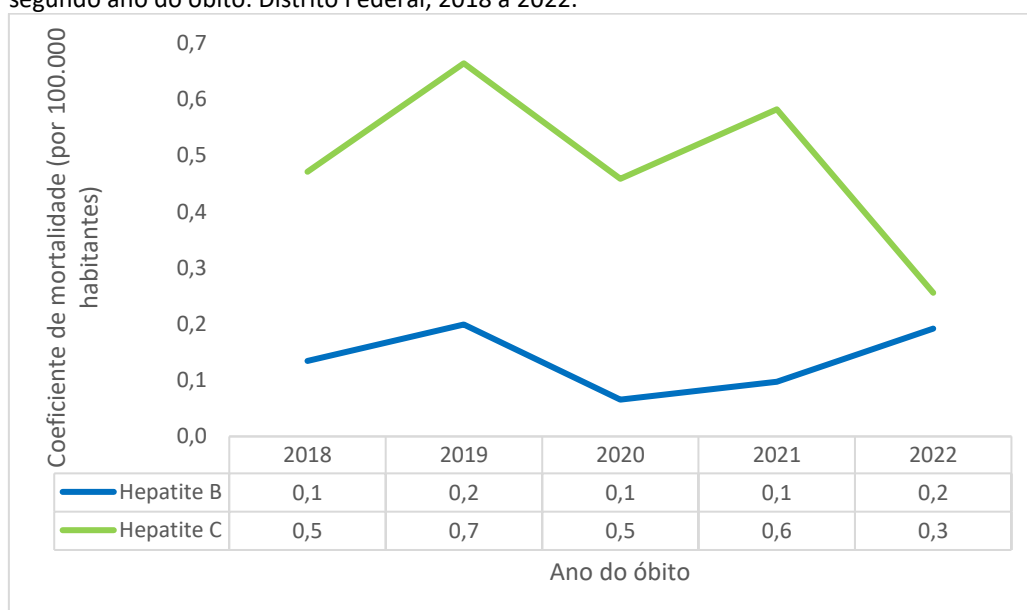
Fonte: Sinan/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 29/3/2023. Nascidos vivos: Sinasc, dados provisórios, extraídos em 30/3/2023.

Como na hepatite B, para a hepatite C também não há ficha específica de notificação no Sinan para gestante. Assim, se a mulher tiver sido notificada para hepatite C anteriormente, em qualquer período da vida, para não existir duplicidade nominal, não será necessária uma nova notificação durante a gestação. Dessa forma, o número de gestantes com hepatite C é maior do que o registrado no Sinan.

3.4 Óbitos por hepatites virais

De 2018 a 2022, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Distrito Federal, ocorreram 277 óbitos relacionados às hepatites virais, desses, 95 tiveram as hepatites virais como causa básica, sendo 74 por hepatite C e 21 por hepatite B. No período, o coeficiente de mortalidade por hepatite B variou entre 0,1 e 0,2 por 100.000 habitantes. Em relação à hepatite C, o coeficiente de mortalidade variou entre 0,3, em 2022, e 0,7 por 100.000 habitantes, em 2019. Além desses, no período, foram registrados **182 óbitos** que tiveram as hepatites B ou C como causas associadas (Gráfico 7).

Gráfico 7. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) por hepatites B e C como causas básicas segundo ano do óbito. Distrito Federal, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SES-DF. Dados provisórios, extraídos em 10/04/2023.

4 ESTIMATIVAS

Como relatado anteriormente, a Organização Mundial da Saúde estima que as hepatites B e C causem 1,1 milhão de mortes e 3,0 milhões de novas infecções por ano no mundo (1). Sendo que desses, cerca de 1,5 milhão de pessoas adquirem a infecção por hepatite B a cada ano, apesar da disponibilidade de uma vacina altamente eficaz (2).

A OMS também estimou que a prevalência de infecção crônica por HBV entre crianças menores de 5 anos caiu de 4,7% na era pré-vacina (início a meados da década de 1990) para 0,9% em 2019 (1).

No Brasil, em modelo matemático realizado em 2018, estimou-se que 657.000 pessoas apresentavam infecção por HCV e viremia, tornando-as elegíveis ao tratamento. Dentre estas, estimou-se que 104.240 tenham tido acesso a diagnóstico. Os demais 552.760 indivíduos necessitavam ser localizados e encaminhados para seguimento e tratamento (4).

5 JUSTIFICATIVA

As hepatites virais representam um grande desafio para a saúde no Distrito Federal, principalmente no que se refere à prevenção, ao diagnóstico precoce, à vigilância dos contatos e ao tratamento oportuno.

Nesse sentido, justifica-se a implantação deste plano, reforçando o monitoramento e a avaliação dos indicadores e das metas como meio de alinhar as ações em saúde no território com as metas globais de eliminação das hepatites virais B, C e D como problema de saúde pública até 2030.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral:

- Reduzir a morbimortalidade por hepatites virais B, C e D, até 2030.

6.2 Objetivos específicos:

- Aumentar a cobertura das ações de prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica e tratamento das hepatites virais.
- Desenvolver ações de comunicação e educação em saúde para o enfrentamento das hepatites virais.
- Ampliar o seguimento adequado da gestante com hepatite viral e da criança exposta.
- Obter a Certificação de Eliminação da transmissão vertical da hepatite B.

7 EIXOS ESTRATÉGICOS E AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

EIXO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Hepatite B	
1.	Promover e participar de atividades de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite B.
2.	Incentivar a população a realizar o teste rápido de hepatite B.
3.	Realizar teste rápido de hepatite C, HIV e sífilis nos pacientes com hepatite B.
4.	Realizar exames complementares, caso necessário.
5.	Notificar e investigar os casos confirmados de hepatite B, preenchendo todos os campos corretamente e registrar no Sinan, em até sete dias.
6.	Realizar busca ativa dos comunicantes de casos confirmados de hepatite B.
7.	Registrar o número da notificação da hepatite B no e-SUS e, caso grávida, registrar no Cartão de Pré-Natal.
8.	Acompanhar o tratamento dos casos confirmados de hepatite B.
9.	Verificar o registro de esquema vacinal da hepatite B.
10.	Administrar e registrar a vacina hepatite B.
11.	Administrar e registrar a vacina hepatite A em pessoas com hepatite B.
12.	Realizar testagem e vacinação de familiares de 1º grau, comunicantes domiciliares e sexuais.
13.	Verificar a presença de sinais de gravidade que indiquem tratamento imediato e encaminhamento urgente para o serviço especializado.
14.	Testar todas as gestantes e registrar o número de testes realizados.
15.	Encaminhar as gestantes ao pré-natal de alto risco para avaliação da necessidade de tratamento ou profilaxia da transmissão vertical.
16.	Em criança exposta, na consulta de puerpério, verificar se recebeu a vacina hepatite B e a Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IGHAHB).
17.	Em criança exposta que não recebeu IGHAHB no nascimento, realizar HBsAg como rastreio.
18.	Acompanhar a criança exposta.
19.	Investigar os óbitos suspeitos de hepatite B na população, em gestantes e em crianças expostas.
20.	Distribuir preservativos nas unidades de saúde.

Hepatite C	
1.	Promover e participar de atividades de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C.
2.	Incentivar a população a realizar teste rápido de hepatite C.
3.	Realizar teste rápido de hepatite B, HIV e sífilis nos pacientes com hepatite C.
4.	Realizar exames complementares, caso necessário.
5.	Notificar e investigar os casos confirmados de hepatite C, preenchendo todos os campos corretamente e registrar no Sinan, em até sete dias.
6.	Realizar busca ativa dos comunicantes de casos confirmados de hepatite C.
7.	Registrar o número da notificação da hepatite C no e-SUS e, caso grávida, registrar no Cartão de Pré-Natal.
8.	Acompanhar o tratamento dos casos confirmados de hepatite C.
9.	Verificar o registro de esquema vacinal da hepatite B.
10.	Administrar e registrar a vacina da hepatite B.
11.	Administrar e registrar a vacina da hepatite A em pessoas com hepatite C.
12.	Realizar a testagem e a vacinação de familiares de 1º grau, comunicantes domiciliares e sexuais.
13.	Verificar a presença de sinais de gravidade que indiquem tratamento imediato e encaminhamento urgente para o serviço especializado.
14.	Testar todas as gestantes e registrar o número de testes realizados.
15.	Encaminhar as gestantes ao pré-natal de alto risco para avaliação.
16.	Acompanhar a criança exposta.
17.	Investigar os óbitos suspeitos de hepatite C na população, em gestantes e em crianças expostas.
18.	Distribuir preservativos nas unidades de saúde.

EIXO 2 – AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

1.	Tratar os casos de hepatites virais, assim como gestantes em pré-natal de alto risco.
2.	Realizar seguimento das crianças expostas a hepatite B ou C.
3.	Notificar todos os casos de hepatites virais que ainda não estiverem notificados no Sinan.
4.	Promover e participar de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais.

EIXO 3 – MATERNIDADES

1.	Promover e participar de atividades de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites.
2.	Realizar teste rápido para hepatite B e C em todas as gestantes e mulheres em situação de abortamento que não tenham realizado a testagem no pré-natal.
3.	Notificar no Sinan os casos confirmados, se não verificada notificação anterior.

4.	Registrar o número da notificação no <i>Trakcare</i> .
5.	Administrar em todos os recém-nascidos a vacina da hepatite B, preferencialmente na sala de parto (até as primeiras 12 horas).
6.	Administrar, no recém-nascido exposto à hepatite B, a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).
7.	Encaminhar puérperas com hepatite para seguimento na Atenção Especializada não excluindo o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde
8.	Encaminhar o recém-nascido exposto às hepatites para seguimento na Atenção Especializada por 18 meses. Não excluindo o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

EIXO 4 – LOGÍSTICA, APOIO DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1.	Gerenciar a logística de distribuição e recebimento dos insumos e suprimentos necessários para testagem e tratamento.
2.	Realizar a programação ascendente de testes rápidos no Sisloglab.
3.	Adquirir os reagentes para realização de sorologia e carga viral.
4.	Monitorar incidente de qualidade dos testes diagnósticos para hepatites.

EIXO 5 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1.	Realizar e apoiar atividades de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da transmissão vertical das hepatites.
2.	Monitorar mensalmente a consistência e a completude dos dados epidemiológicos.
3.	Monitorar e avaliar os indicadores epidemiológicos.
4.	Elaborar e divulgar os informativos epidemiológicos.
5.	Acompanhar a programação logística no Sisloglab.
6.	Articular com a Rede de Atenção à Saúde as ações para o controle das hepatites.
7.	Acompanhar, juntamente com a Gerência das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar, as coberturas vacinais da hepatite B.
8.	Monitorar, juntamente com a assistência, o seguimento das crianças expostas às hepatites.
9.	Testar bimestralmente as pessoas em terapia renal substitutiva e anualmente os profissionais de saúde dos serviços de diálise.
10.	Enviar mensalmente à Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis os dados das pessoas em terapia renal substitutiva com sorologia positiva para HCV.
11.	Monitorar o Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e Controle das Hepatites Virais.

EIXO 6 – GESTÃO

1.	Organizar a Rede de Atenção à Saúde para a prevenção, a vigilância e o controle das hepatites virais.
----	---

2.	Monitorar e avaliar os indicadores epidemiológicos.
3.	Articular com as áreas técnicas responsáveis para garantir a efetiva implementação do Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e Controle das Hepatites Virais.
4.	Realizar campanhas para informação, educação e comunicação em saúde.
5.	Implementar vigilância epidemiológica da transmissão vertical das hepatites B e C.
6.	Estabelecer o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical das hepatites.
7.	Articular com os serviços privados de saúde para melhoria da vigilância dos casos de hepatites virais.

8 INDICADORES E METAS

Como descrito anteriormente, em 2016, a Organização Mundial da Saúde publicou o documento *“Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards Ending Viral Hepatitis”*, que, estabeleceu como meta: reduzir, em comparação com 2015, as novas infecções pelos vírus hepatotrópicos e a mortalidade associada a elas em 90% e 65%, respectivamente, até 2030 (3).

Porém, em 2021, na publicação *“Interim Guidance For Country Validation Of Viral Hepatitis Elimination”*, a OMS sugere o uso de indicadores de impacto absoluto para validar a eliminação em nível nacional, em combinação com um conjunto de indicadores de processo.

Diante disso, devem ser alcançados e mantidos os indicadores de processo por dois anos e alcançados e mantidos os indicadores de impacto por um ano, conforme descritos abaixo.

Indicadores de impacto – hepatite B

1. Até 2030, reduzir em 90% o coeficiente de detecção da hepatite B (por 100.000 habitantes).
2. Até 2030, ter a prevalência $\leq 0,1\%$ de HBsAg em crianças com idade ≤ 5 anos.

Indicadores de processo – hepatite B

1. Alcançar, no mínimo, 95% de cobertura vacinal com a vacina hepatite B em crianças menores de 30 dias de vida.
2. Alcançar, no mínimo, 95% de cobertura vacinal com a vacina pentavalente em crianças menores de um ano.
3. Ampliar para 43,2% a proporção de testes rápidos para hepatite B, realizados na população igual ou maior a 15 anos.

4. Ampliar para, no mínimo, 95% de gestantes com pelo menos um teste para hepatite B no pré-natal.
5. Ampliar para, no mínimo, 95% a profilaxia de hepatite B para gestantes com indicação.

Indicadores de impacto – hepatite C

1. Até 2030, reduzir em 80% o coeficiente de detecção da hepatite C (por 100.000 habitantes)

Indicadores de processo – hepatite C

1. Ampliar para 43,2% a proporção de testes rápidos para hepatite C, realizados na população igual ou maior a 15 anos.
2. Ampliar para, no mínimo, 80% o tratamento das pessoas com hepatite C.

9 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021 [Internet]. Vol. 53, Who. 2021. 1689–1699 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
2. World Health Organization. Interim Guidance For Country Validation of Viral Hepatitis Elimination. 2021. 1–96 p.
3. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Glob Hepat Program Dep HIV/AIDS. 2016;(June):56.
4. BRASIL M da S. Plano Para Eliminação da Hepatite C. 2018;
5. Distrito Federal. Informe epidemiológico. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, editor. Brasília; 2023. 60 p.
6. Brasil. A B C D E do Diagnóstico para as Hepatites Virais. Ministério da Saúde [Internet]. 2009;1:25. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/ABCDE_guia_bolso_menor.pdf
www.saude.gov.br/svs
7. Brasil. Diagnóstico de hepatites virais. Saúde M da, editor. TELELAB diagnóstico e monitoramento; 2014. 19 p.
8. Brasil. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secr Vigilância em Saúde, Dep Doenças Condições Crônicas e Infecções Sex Transm. 2020;(0014125063):1–248.
10. Brasil. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2021. Saúde M da, editor. Brasília; 2021. 84 p.
11. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da

Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais: relatório de recomendação da Conitec. Ministério da Saúde. 2020;1:272.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Informativo sobre os tratamentos das hepatites B, C e D no SUS. Disponível em < <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-e-dados-basicos/painel-informativo-sobre-os-tratamentos-das-hepatites-b-c-e-d-no-sus/painel-informativo-sobre-os-tratamentos-das-hepatites-b-c-e-d-no-sus>>. Acesso em 23/11/2023

13 World Health Organization. Hepatitis. Acessado em novembro de 2023. Disponível em < https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1 >

10 ANEXOS

ANEXO I – FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES

HEPATITE B
INDICADORES DE IMPACTO

Indicador 1						
Coeficiente de detecção da hepatite B (por 100.000 habitantes)						
Meta absoluta: Até 2030, reduzir em 90% o coeficiente de detecção da hepatite B (por 100.000 habitantes)						
Linha de base (2015): 3,7 casos por 100.000 habitantes						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Coef. anual	2,2	2,1	2,0	1,3	0,6	0,3
Tipo	Impacto					
Interpretação (O que mede?)	Mede a ocorrência de casos de hepatite B diagnosticados na população geral residente em um determinado local e período.					
Uso (Para qual fim?)	Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de hepatite B.					
Fonte	Sinan					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos de hepatite B por ano de diagnóstico} \times 100.000}{\text{População total}}$					
Limitações	Subnotificação de casos no Sinan					

Indicador 2						
Prevalência da hepatite B em ≤5 anos de idade (por 100.000 habitantes)						
Meta absoluta: Até 2030, ter a prevalência ≤0,1% de HBsAg em crianças com idade ≤5 anos						
Linha de base (2023): Não avaliada até então.						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Coef. anual	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Tipo	Impacto					
Interpretação (O que mede?)	Mede a ocorrência de casos confirmados de hepatite B na população ≤5 anos de idade residente em um determinado local e período.					
Uso (Para qual fim?)	Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de hepatite B.					
Fonte	Sinan					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de casos de hepatite B em } \leq 5 \text{ anos de idade por ano de diagnóstico}}{\text{População total } (\leq 5 \text{ anos de idade)}} \times 100.000$					
Limitações	Implantação tardia da vigilância epidemiológica da transmissão vertical da hepatite B (Notificação da gestante com hepatite B e da criança exposta)					

INDICADORES DE PROCESSO

Indicador 1						
Cobertura da vacina hepatite B em crianças menores de 30 dias de vida						
Meta: Manter a cobertura $\geq 95\%$ da vacina hepatite B em crianças menores de 30 dias de vida.						
Linha de base (2022): 113,2%						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	95	95	95	95	95	95
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a situação vacinal na população-alvo.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a qualidade dos dados de vacinação relativos ao registro de vacinação e as estimativas populacionais utilizadas como denominadores. ▪ Monitorar o alcance da meta de cobertura vacinal estabelecido pelo PNI. ▪ Monitorar a tendência temporal da cobertura vacinal, da homogeneidade de cobertura e da taxa de abandono. ▪ Identificar fatores de risco determinantes dos resultados das coberturas vacinais. ▪ Identificar fatores de risco de ocorrência da hepatite B, tendo por base a cobertura vacinal alcançada por localidade. ▪ Avaliar adesão da população-alvo a vacina. 					
Fonte	SIPNI Web. População Sinasc.					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de doses da vacina de hepatite B, aplicadas em crianças menores de 30 dias de vida, em determinado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos disponibilizados no Sinasc para o respectivo local e período}} \times 100$					
Limitações	Falhas na alimentação da informação nos sistemas podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.					

Indicador 2						
Cobertura vacinal contra hepatite B em crianças menores de 1 (um) ano de idade						
Meta: Alcançar, no mínimo, 95% de cobertura vacinal contra hepatite B em crianças menores de 1 (um) ano de idade.						
Linha de base (2022): 78,2						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	95	95	95	95	95	95
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a situação vacinal na população-alvo.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a qualidade dos dados de vacinação relativos ao registro de vacinação e as estimativas populacionais utilizadas como denominadores. ▪ Monitorar o alcance da meta de cobertura vacinal estabelecido pelo PNI. ▪ Monitorar a tendência temporal da cobertura vacinal, da homogeneidade de cobertura e da taxa de abandono. ▪ Identificar fatores de risco determinantes dos resultados das coberturas vacinais. ▪ Identificar fatores de risco de ocorrência da hepatite B, tendo por base a cobertura vacinal alcançada por localidade. ▪ Avaliar adesão da população-alvo a vacina. 					
Fonte	SIPNI Web. População Sinasc.					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de terceira dose - D3 Hepatite B + D3 Penta + D3 Hexa, aplicadas em crianças com menores de 1 ano de idade, em determinado local e período}}{100} \times \text{Nº de nascidos vivos para o respectivo local e período}$					
Limitações	Falhas na alimentação da informação nos sistemas podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.					

Indicador 3						
Proporção de teste de HBsAg na população com idade igual ou maior a 15 anos						
Meta: Ampliar para 43,2% a proporção de testes rápidos para hepatite B, realizados na população com idade igual ou maior a 15 anos.						
Linha de base (2022): 8,0						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	21,2	25,6	30,0	34,4	38,8	43,2
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a proporção de pessoas que realizaram teste de HBsAg na APS.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o acesso oportuno ao diagnóstico da hepatite B; ▪ Reduzir a transmissão da hepatite B. ▪ Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de hepatite B. 					
Fonte	e-SUS					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de testes rápidos realizados para hepatite B na população com idade igual ou maior a 15 anos na APS}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com idade igual ou maior a 15 anos cadastradas no e-SUS no mesmo período}}$					
Limitações	O indicador se refere à população que faz uso da APS.					

Indicador 4						
Cobertura de teste de HBsAg em gestantes						
Meta: 95% das gestantes com um teste de HBsAg durante o pré-natal.						
Linha de base (2022): Não avaliada até então.						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	65	75	85	90	93	95
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram teste de HBsAg durante o pré-natal realizado na APS dentre todas as gestantes que realizaram pré-natal na APS.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o acesso oportuno ao diagnóstico da hepatite B na gestação; ▪ Reduzir a transmissão vertical. ▪ Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado pré-natal; ▪ Contribuir para a análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal. 					
Fonte	e-SUS					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de gestantes no e-SUS com teste rápido realizado para hepatite B}}{\text{n}^\circ \text{ de gestantes cadastradas no e-SUS no mesmo período}}$					
Limitações	O indicador se refere à população que faz uso da APS.					

Indicador 5						
Cobertura de profilaxia antiviral na gestação						
Meta: Ampliar para, no mínimo, 95% a profilaxia de hepatite B para gestantes com indicação.						
Linha de base (2022): Não avaliada até então.						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	45	60	70	80	90	95
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a proporção de gestantes com hepatite B que utilizaram a profilaxia com tenofovir dentre todas as gestantes com hepatite B elegíveis.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o acesso oportuno à profilaxia com tenofovir. ▪ Reduzir a transmissão vertical. ▪ Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado pré-natal; ▪ Contribuir para a análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal. 					
Fonte	Siclom					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de gestantes com hepatite B que utilizaram a profilaxia}}{\text{n}^\circ \text{ de gestantes com hepatite B elegíveis no mesmo período}} \times 100$					
Limitações	Falhas na alimentação da informação nos sistemas podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.					
Observação	Deve-se considerar os critérios de indicação à profilaxia vigentes					

HEPATITE C
INDICADORES DE IMPACTO

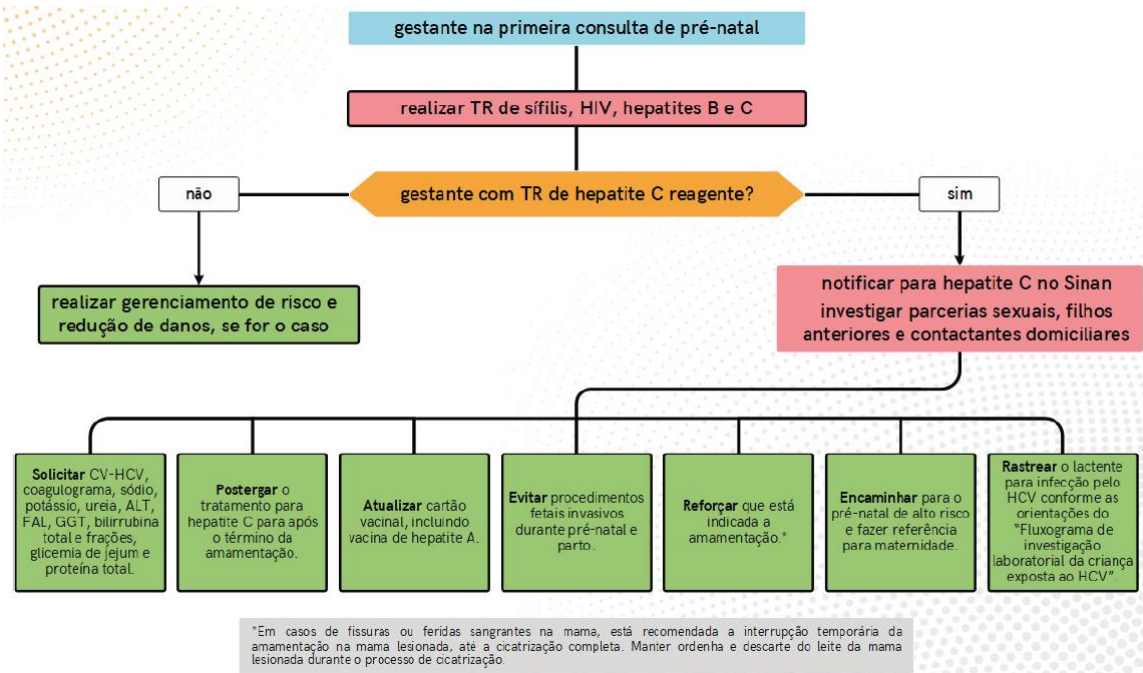
Indicador 1						
Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes)						
Meta absoluta: Até 2030, reduzir em 80% o coeficiente de detecção da hepatite C (por 100.000 habitantes).						
Linha de base (2015): 8,8 casos por 100.000 habitantes						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Coef. anual	4,0	3,0	2,0	1,5	1,1	0,8
Tipo	Impacto					
Interpretação (O que mede?)	Mede a ocorrência de casos novos confirmados de hepatite C notificados na população geral residente em um determinado local e período.					
Uso (Para qual fim?)	Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de hepatite C.					
Fonte	Sinan					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos de hepatite C por ano de diagnóstico} \times 100.000}{\text{População total}}$					
Limitações	Deve considerar os critérios de definição de caso de hepatite C vigentes					

INDICADORES DE PROCESSO

Indicador 1						
Proporção de testes rápidos de hepatite C na população com idade igual ou maior a 15 anos						
Meta: Ampliar para 43,2% a proporção de testes rápidos de hepatite C, realizados na população com idade igual ou maior a 15 anos.						
Linha de base (2022): 8,0						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	21,2	25,6	30,0	34,4	38,8	43,2
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a proporção de pessoas que realizaram teste de anti-HCV na APS.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o acesso oportuno ao diagnóstico da hepatite C; ▪ Reduzir a transmissão da hepatite C. ▪ Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de hepatite C. 					
Fonte	e-SUS					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de testes rápidos realizados para hepatite C na população com idade igual ou maior a 15 anos na APS}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com idade igual ou maior a 15 anos cadastradas no e-SUS no mesmo período}}$					
Limitações	O indicador se refere à população que faz uso da APS.					

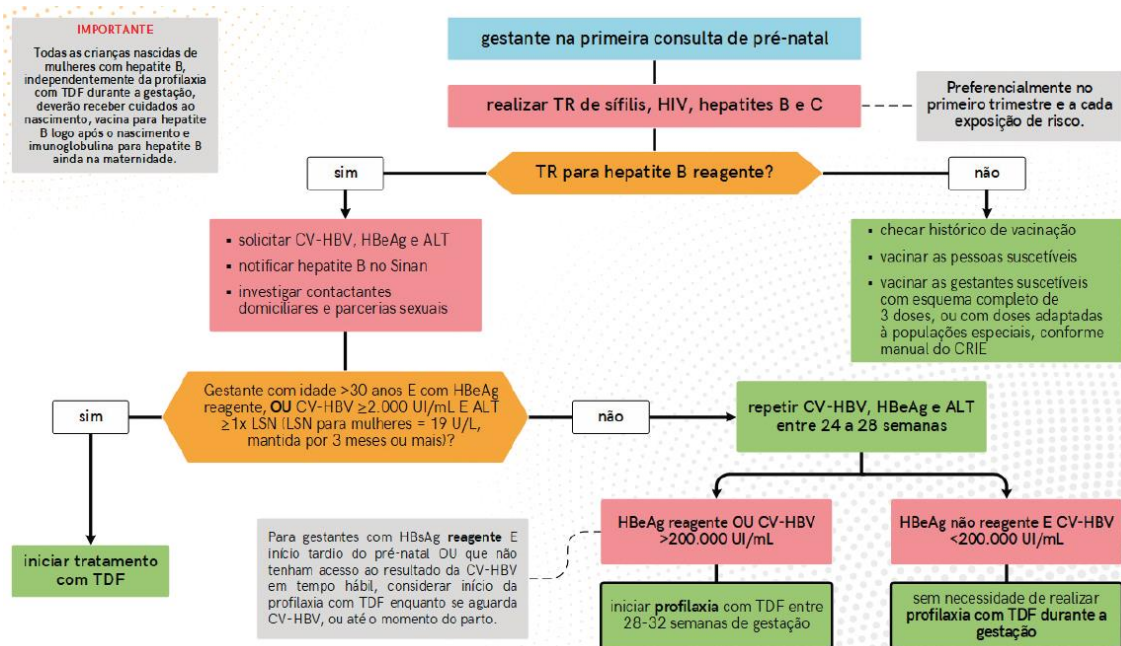
Indicador 2						
Cobertura de tratamento dos diagnosticados com hepatite C						
Meta: Ampliar para, no mínimo, 80% o tratamento das pessoas com hepatite C.						
Linha de base (2022): Não avaliado até então						
Ano	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Cobertura anual	40	50	60	70	75	80
Tipo	Processo					
Interpretação (O que mede?)	Mede a proporção de pacientes tratados para hepatite C entre todos os diagnosticados.					
Uso (Para qual fim?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o acesso oportuno ao tratamento para hepatite C. ▪ Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado às pessoas vivendo com hepatite C. 					
Fonte	Siclom					
Periodicidade de monitoramento	Anual					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com hepatite C que utilizam tratamento}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas diagnosticadas com hepatite C no mesmo período}} \times 100$					
Limitações	Falhas na alimentação da informação nos sistemas podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.					

ANEXO II – FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HEPATITE C.



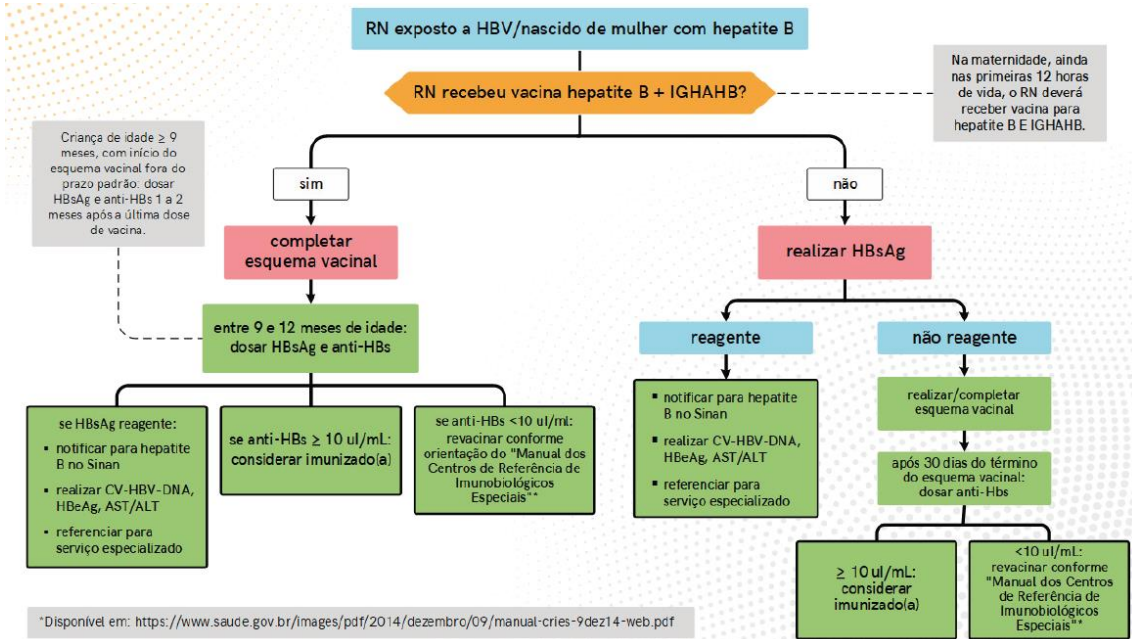
Fonte: Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS, 2021.

ANEXO III – FLUXOGRAMA DE HEPATITE B EM GESTANTE: CONDUTA E SEGUMENTO DURANTE O PRÉ-NATAL.



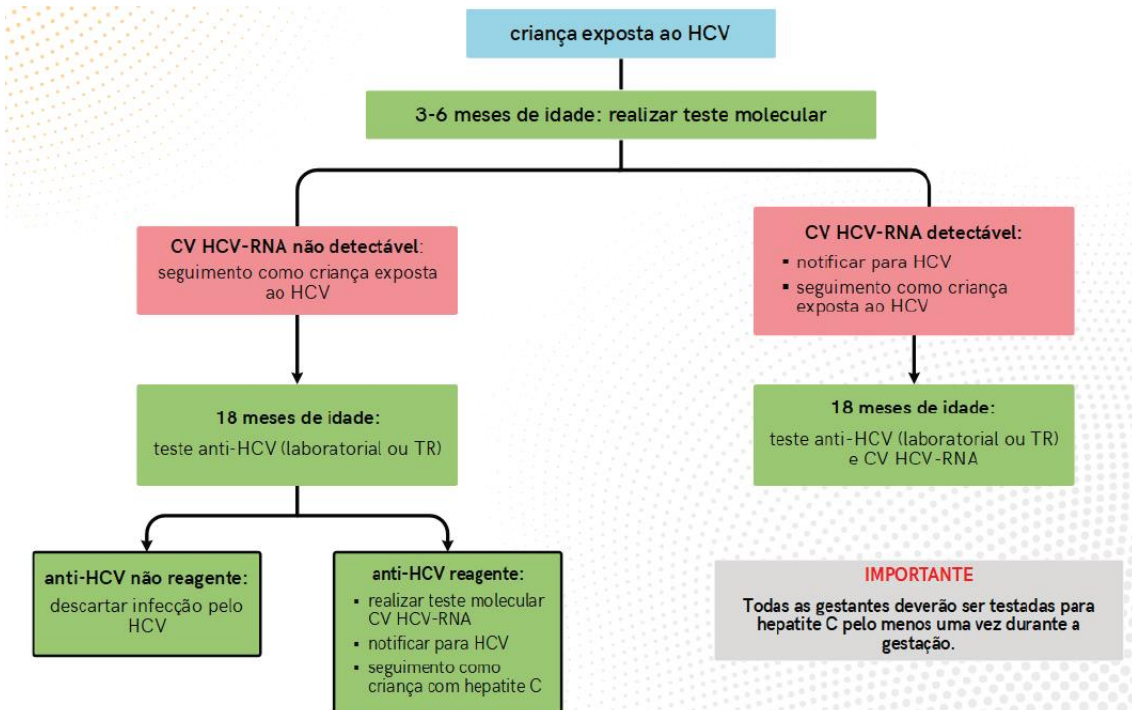
Fonte: Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS, 2021.

ANEXO IV – FLUXOGRAMA DE CONDUTA PARA RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HBV.



Fonte: Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS, 2021.

ANEXO V – FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DA CRIANÇA EXPOSTA AO HCV.



Fonte: Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS, 2021.

ANEXO V – DELIBERAÇÃO COLEGIADO DE GESTÃO

PÁGINA 17

Diário Oficial do Distrito Federal

Nº 134, TERÇA-FEIRA, 16 DE JULHO DE 2024

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COLEGIADO DE GESTÃO

DELIBERAÇÃO Nº 32, DE 11 DE JULHO DE 2024

O PLENÁRIO DO COLEGIADO DE GESTÃO, DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, instituído pela Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF nº 35, de 11 de dezembro de 2007, republicada no DODF nº 107, de 05 de junho de 2008, página 12, alterada pelas Resoluções do CSDF nº 282, de 05 de maio de 2009, nº 338, de 16 de novembro de 2010, nº 364, de 13 de setembro de 2011 (resoluções estas renumeradas conforme Ordem de Serviço do CSDF nº 01, de 23 de março de 2012, publicada no DODF nº 79, de 20 de abril de 2012, páginas 46 a 49) e nº 384, de 27 de março de 2012, em sua 5ª Reunião Ordinária - 2024, realizada por videoconferência, em 11 de julho de 2024; e

Considerando a Política Nacional de Vigilância em Saúde, cujo objetivo é estabelecer princípios, diretrizes e estratégias a serem seguidos pelas três esferas de gestão do SUS para fortalecer a vigilância em saúde, visando promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, além de reduzir a morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos relacionados às dinâmicas de produção e consumo nos territórios;

Considerando que o Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e Controle das Hepatites Virais B, C e D – 2025/2030 elaborado pela Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com a colaboração do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha, Coordenação de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção Secundária à Saúde e Diretorias de Atenção Primária à Saúde das regiões de saúde, tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por hepatites virais, a fim de alinhar as ações em saúde no território com as metas globais de eliminação das hepatites virais B, C e D como problema de saúde pública até 2030;

Considerando que este documento sistematiza e recomenda ações e responsabilidades de promoção da saúde, de vigilância, de prevenção e de controle das hepatites B e C, permitindo maior efetividade na implementação das ações programadas e na organização das atividades de monitoramento e avaliação, organizadas em seis eixos, quais sejam, Atenção Primária à Saúde; Ambulatórios Especializados; Maternidades; Logística, Apoio Diagnóstico e Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica e Gestão;

Considerando Ofício MS/SE/GSB nº 2.433/2009, que informa o reconhecimento do Colegiado de Gestão da SES/DF – CGSES/DF, pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, no tocante à operacionalização do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 598, de 23 de março de 2006, a qual define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites – CIB, resolve;

Art. 1º Aprovar, por consenso, o Plano Distrital de Prevenção, Vigilância e Controle das Hepatites Virais B, C e D – 2025/2030.

Art. 2º Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ

Presidente do Colegiado

COMITÊ INTERNO DE GOVERNANÇA PÚBLICA

cumprimento à determinação do art. 13 do Decreto nº 39.736, de 28 de março de 2019, é órgão colegiado de caráter permanente, de natureza consultiva e deliberativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Art. 2º O CIG/SES tem por objetivo assessorar a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal na execução da Política de Governança Pública e Compliance do Poder Executivo do Distrito Federal, para garantir o desenvolvimento e a apropriação das melhores práticas de governança, de forma contínua e progressiva, nos termos estabelecidos pelo Conselho de Governança Pública (CGOV) e pela legislação vigente.

Art. 3º No exercício de suas competências, o CIG/SES deverá observar:

I - os princípios da Governança Pública:

- capacidade de resposta;
- integridade;
- confiabilidade;
- melhoria regulatória;
- transparência; e
- prestação de contas e responsabilidade.

II - as diretrizes da Governança Pública:

- direcionar ações para a busca de resultados para a sociedade, propondo soluções tempestivas e inovadoras para lidar com a limitação de recursos e com as mudanças de prioridades;
 - promover a desburocratização, a racionalização administrativa, a modernização e inovação da gestão pública e a integração dos serviços públicos, especialmente aqueles prestados por meio eletrônico, conforme orientações do órgão central de planejamento;
 - monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados das políticas públicas e das ações prioritárias para assegurar que as diretrizes estratégicas sejam observadas;
 - promover a integração entre os diferentes níveis e esferas do setor público, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público;
 - fazer incorporar padrões elevados de conduta pela alta administração para orientar o comportamento dos agentes públicos, em consonância com as funções e as competências dos órgãos e entidades;
 - implementar os controles internos fundamentados na gestão de riscos, que privilegiará ações estratégicas de prevenção e correção antes de processos sancionadores;
 - avaliar as propostas de criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas e aferir, sempre que possível, seus custos e benefícios;
 - avaliar a conformidade da execução das políticas públicas com as diretrizes de planejamento estratégico;
 - manter processo decisório orientado pelas evidências, pela conformidade legal, pela qualidade regulatória, pela desburocratização e pelo apoio à participação da sociedade;
 - editar e revisar atos normativos, pautando-se pelas boas práticas regulatórias e pela legitimidade, estabilidade e coerência do ordenamento jurídico e realizando consultas públicas sempre que conveniente;
 - promover a participação social por meio de comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados do órgão ou entidade, de maneira a fortalecer o acesso público à informação; e
 - promover a tomada de decisão levando em consideração a avaliação dos ambientes interno e externo do órgão ou entidade e dos diferentes interesses da sociedade.
- §1º Os atos do CIG/SES são públicos.
- §2º Caberá exclusivamente à Secretaria Executiva do CIG dar publicidade aos atos do referido comitê.