



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Gastrenterologia

Tratar a Hepatite C na comunidade: a propósito de um caso clínico

Maria Madalena Vasconcelos Machete

JUNHO 2019



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Gastrenterologia

Tratar a Hepatite C na comunidade: a propósito de um caso clínico

Maria Madalena Vasconcelos Machete

Orientado por:

Prof. Doutor Rui Tato Marinho

JUNHO 2019

Resumo/Abstract

A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) é uma das principais causas de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC) nos países europeus, incluindo Portugal. A principal via de transmissão é a partilha de material injectável entre utilizadores de drogas endovenosas.

Para conhecer melhor esta população, acompanhei o trabalho da Associação Ares do Pinhal em várias zonas de Lisboa, ao longo do ano de 2018. A partir do contacto com a realidade local, e do caso clínico de um utente das unidades móveis, este trabalho pretende caracterizar os doentes com comportamentos aditivos, expor as barreiras que dissuadem o seu acesso aos serviços de saúde e discutir algumas estratégias de eliminação da infecção por VHC neste grupo de risco.

Palavras-chave: hepatite C, dependência de drogas, fármacos antivirais

Hepatitis C virus (HCV) infection is one of the main causes of hepatic cirrhosis as well as of hepatocellular carcinoma (HCC) in European countries, Portugal included. The main transmission route is sharing of injectable devices between intravenous drug users. With the purpose of getting to know better this population, I followed the activity of Associação Ares do Pinhal in several areas within Lisbon, all along 2018. Based on my contact with reality and on the clinical case of a mobile unit user, the present work is intent on characterizing the patients with addictive behaviours, bringing to light the barriers that dissuade their access to health services and discussing a few HCV elimination strategies aimed at this risk group.

Key-words: hepatitis C, drug addiction, antiviral agents

O Trabalho Final exprime a opinião da autora e não da FMUL

Índice

1. Introdução.....	6
2. Caso Clínico	7
3. Discussão.....	9
3.1 Infecção pelo VHC nos consumidores de drogas.....	9
3.2 Eliminação da hepatite C – a tarefa inacabada.....	10
3.3 Barreiras no diagnóstico e tratamento do doente com dependência de drogas .	13
3.4 Microeliminação – intervenções adaptadas à realidade	14
3.4.1. Redução de danos	15
3.4.2. Simplificar o tratamento fora do hospital	16
3.4.3. O papel da Adictologia na gestão do doente	19
3.4.4. Hepatite C na prisão.....	19
3.4.5. <i>Follow-up</i> e re-infecção	20
4. Conclusão	21
5. Agradecimentos	22
6. Referências	23
Anexo: sobre a Associação Ares do Pinhal	25

Lista de abreviaturas

AAD	Antivirais de acção directa
CHC	Carcinoma hepatocelular
DGRSP	Direcção Geral da Reinserção e dos Serviços Prisionais
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSBLE	Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência
RNA	Ácido ribonucleico
RVS	Resposta virológica sustentada
SICAD	Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Toxicodependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), a infecção crónica pelo VHC afecta 71 milhões de pessoas no mundo.[1] Em Portugal, a seguir ao álcool, é a causa mais frequente de cirrose hepática. Por outro lado, é a principal determinante do aumento da prevalência de CHC nos países mediterrânicos nos últimos anos.[2]

Portugal comprometeu-se com as metas definidas pela OMS em 2016, com vista à eliminação da hepatite C até 2030: reduzir a sua incidência em 90% e a mortalidade em 65%. [1]

A transmissão do VHC ocorre através do contacto com sangue contaminado, sendo a partilha de material injectável entre utilizadores de drogas endovenosas o principal modo de aquisição da infecção nos países europeus.[3]

A abordagem destes doentes está muito condicionada pela sua fraca ligação aos serviços de saúde. Deste modo, apesar da elevada eficácia dos novos fármacos antivirais de acção directa (AAD) na eliminação da infecção, a baixa taxa de diagnóstico e tratamento nesta população compromete o seu potencial de cura.[4,5]

É importante diagnosticar precocemente a infecção por VHC nos indivíduos com comportamentos de risco, porque a evolução da hepatite C é tipicamente subclínica até atingir fases mais avançadas de doença hepática.[6] Além disso, é frequente neste grupo a presença de co-morbilidades que exacerbam a deterioração hepática, como o consumo excessivo de álcool.[5]

Ao longo do ano de 2018 conheci o trabalho da Associação Ares do Pinhal (ver Anexo) junto da população dependente de drogas, em vários locais de Lisboa, no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C.[7] Para a concretização dos objectivos propostos pela OMS, as intervenções neste grupo devem ser prioritárias. Nesse sentido, e a partir de um caso clínico, este trabalho pretende expor as dificuldades e possíveis estratégias de abordagem da infecção por VHC nos doentes com dependências.

2. Caso Clínico

A.G., sexo masculino, 42 anos, caucasiano, natural de e residente em Lisboa, 9º ano de escolaridade, actualmente desempregado, solteiro e a viver em situação de sem-abrigo.

Trata-se de um doente com antecedentes de hábitos alcoólicos desde os 12 anos, com ingestão de cerca de 29 unidades de bebida padrão por dia (2 garrafas de 750 mililitros de vinho e 3 garrafas de litro de cerveja), e consumos regulares de heroína desde os 15 anos, por via endovenosa. Em 2009 deu entrada no programa de substituição com metadona na unidade móvel da Associação Ares do Pinhal, que frequenta diariamente, apesar de manter consumos ocasionais.

Nega história de consumos por via inalatória, transfusões sanguíneas, piercings ou tatuagens. Nega outra medicação habitual, internamentos hospitalares ou cirurgias prévias. O Programa Nacional de Vacinação está actualizado, tendo feito ainda a vacina contra o vírus da hepatite A.

Foi diagnosticado em 2003 com infecção activa pelo VHC, na sequência de exames de rotina requisitados pelo médico de um estabelecimento prisional onde se encontrava a cumprir pena. Estando assintomático e não tendo recebido qualquer esclarecimento adicional – além da referência a «uma hepatitezinha...» (sic) pelo médico do estabelecimento, não iniciou qualquer medicação.

Em Outubro de 2017 foi encaminhado pela Associação Ares do Pinhal para a consulta de Hepatologia do Prof. Rui Marinho, no Hospital de Santa Maria. A única queixa referida era uma sensação de fadiga constante, que lhe dificultava as deslocações no dia-a-dia. O exame objectivo não apresentava alterações. A avaliação laboratorial realizada detectou carga vírica de RNA (ácido ribonucleico) de VHC de 6836665 UI/ml, confirmando o diagnóstico anteriormente estabelecido. Destacava-se ainda a elevação dos valores de alanina-aminotransferase (174 U/L) e aspartato-aminotransferase (135 U/L), cerca de três vezes acima do limite superior dos valores de referência. Foi identificado o genótipo 3a do VHC. A elastografia hepática detectou uma rigidez hepática de 36,3 kPa (correspondente ao estadio F4 – cirrose).

No dia 16 de Abril de 2018 iniciou um esquema terapêutico de 12 semanas com Sofosbuvir + Velpatasvir (Epclusa®), a cumprir por toma sob observação directa na unidade móvel onde já era seguido.

Ao fim de 2 semanas em tratamento, o RNA de VHC diminuiu para 96 UI/ml, tendo ocorrido também a normalização das provas hepáticas. No dia 25 de Setembro de 2018, 12 semanas após conclusão do tratamento, verificou-se a obtenção de uma resposta virológica sustentada (RVS), com carga vírica indetectável. Do ponto de vista sintomático, a cura da infecção traduziu-se na diminuição significativa da fadiga anteriormente referida por A.G: «Alguns dias depois de estar a fazer o tratamento sentia-me com energia, consegui voltar a andar de bicicleta...sinto-me novo» (sic).

3. Discussão

3.1 Infecção pelo VHC nos consumidores de drogas

Actualmente, 5,6 milhões de indivíduos infectados pelo VHC são consumidores activos de drogas endovenosas.[1]

Em Portugal, a prevalência da infecção pelo VHC está distribuída de forma heterogénea, concentrando-se neste grupo de risco. De acordo com os dados mais recentes, em 2015 o número estimado de doentes infectados no país era de 89200, aproximadamente 0,83% da população total.[8] Considerando apenas os indivíduos em tratamento de toxicoddependência, esta percentagem aumenta para 18 a 59%, e é ainda mais elevada – entre 63 e 89% – no conjunto dos injectores.[9]

Um estudo da Associação Ares do Pinhal realizado entre Junho de 2015 e Maio de 2016 caracterizou a epidemiologia da hepatite C em 825 utentes assistidos nas suas unidades móveis. A pesquisa de RNA de VHC foi feita em 449 dos 558 doentes com anticorpo anti-VHC positivo. Detectou-se RNA vírico em 68,4%, sendo a percentagem de 68,9% nos indivíduos com história prévia de consumos e de 73,5% quando o último consumo por via endovenosa tinha ocorrido no ano anterior.[5] (Figura 1)

Esta é uma população com grande representatividade nos estabelecimentos prisionais: em Portugal 69% dos reclusos afirmam já ter consumido substâncias ilícitas alguma vez na vida, e destes 20% referem já ter consumido por via endovenosa e 8,5% afirmam já ter partilhado material para consumo.[10] Entre os reclusos, a prevalência de infecção pelo VHC ronda os 12,26% – superior à das infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e pelo vírus da hepatite B (VHB). (Figura 2)

Após a exposição ao VHC, o risco estimado de evolução para cirrose é de 10 a 20% nos 20 a 30 anos seguintes, podendo mesmo ser de 40% ao fim de 30 anos.[11,12]

Na população consumidora de drogas é comum a presença de co-morbilidades que contribuem para este processo, nomeadamente o consumo excessivo de álcool e a co-infecção pelo VIH.[5] A Figura 1 mostra a elevada frequência de RNA de VHC detectável em doentes com estes factores de risco, no estudo da Associação Ares do Pinhal. Evidencia-se assim a susceptibilidade destes doentes para as consequências hepáticas da infecção pelo VHC.[5]

Uma vez estabelecidos os mecanismos de cirrose, o risco anual de descompensação é de 3 a 6%, após a qual o risco de morte no ano subsequente é de 15 a 20%.[11] No doente cirrótico há ainda um risco anual de cerca de 1 a 5% de evolução para CHC.[11]

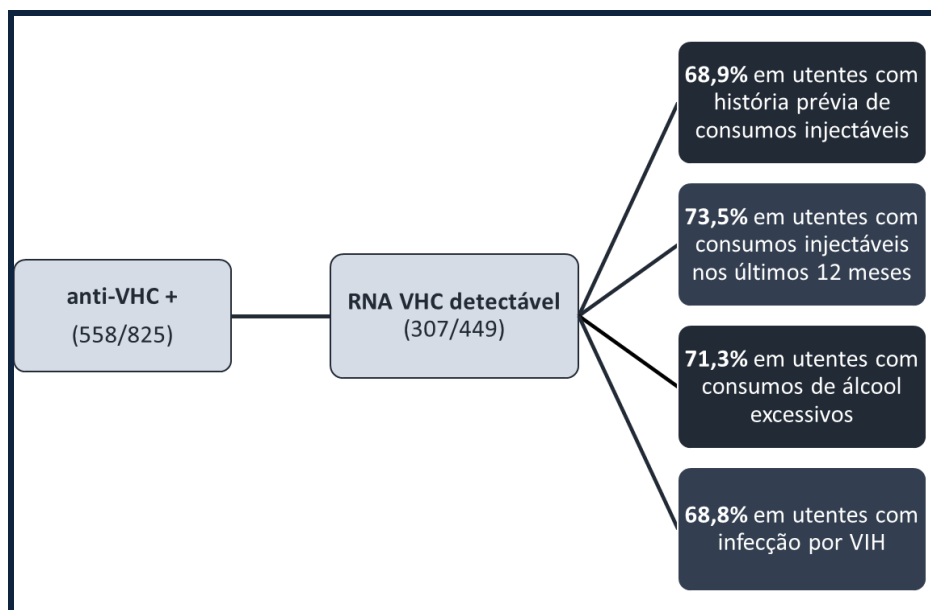


Figura 1: Prevalência de infecção activa por VHC em utentes da Associação Ares do Pinhal com história de consumos por via endovenosa e com co-morbilidades. Fonte: Silva et al. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2017

3.2 Eliminação da hepatite C - a tarefa inacabada

A cura da infecção pelo VHC com a obtenção de RVS após conclusão do tratamento está associada à paragem da progressão – ou mesmo à regressão – da fibrose hepática, mesmo em doentes cirróticos, e a uma menor incidência de CHC. [13,14]

Desde a aprovação dos primeiros fármacos AAD em 2011, tornou-se possível obter taxas de RVS próximas de 100%. [4] Além da possibilidade de combinar diferentes

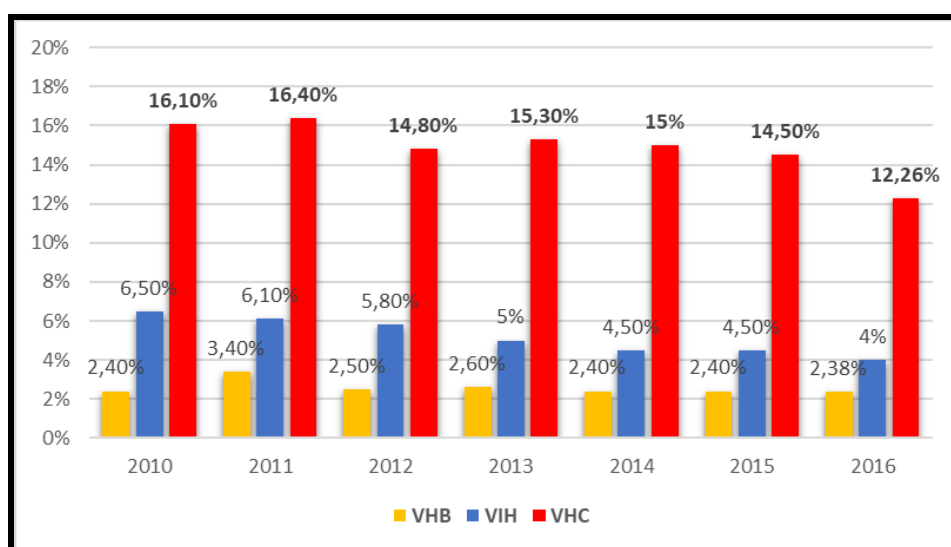


Figura 2: Frequência (%) de patologia infecciosa vírica nos reclusos em Portugal. (31/12/2016). Fonte: Rui Pinto (comunicação do autor, Hospital Prisional de Caxias).

mecanismos de acção, a terapêutica com AAD permite fazer esquemas de uma toma oral diária durante apenas 8 a 12 semanas, com bons perfis de segurança e tolerância, o que facilita a adesão à terapêutica.[4]

Em Portugal existem 3 esquemas em uso como primeira linha: Sofosbuvir+Velpatasvir (Epclusa®), Grazoprevir+Elbasvir (Zepatier®) e Glecaprevir+Pibrentasvir (Maviret®), sendo ainda utilizado como segunda linha Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir (Vosevi®). Os medicamentos são comparticipados a 100% pelo Estado para todos os doentes registados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Esta estratégia tem abrangido doentes em fases cada vez mais precoces da doença. Segundo os dados do Infarmed, a percentagem de doentes em estadio F0 a F2 em tratamento passou de cerca de 43% em 2015 para 55% em 2018.[15] Numa população jovem (a idade média dos doentes é de 50 anos), e em que 22,3% dos casos estão co-infectados pelo VIH, o tratamento é da maior relevância como medida preventiva das complicações da infecção crónica pelo VHC, nomeadamente do CHC.[15]

Desde Fevereiro de 2015, segundo os dados disponíveis em Junho de 2019, iniciaram-se 22844 e concluíram-se 13943 tratamentos, sendo a taxa de cura cerca de 96% (13444 doentes curados e 499 não curados).[16]

No entanto, apesar dos progressos assinalados, o diagnóstico e tratamento de todos os indivíduos infectados pelo VHC em Portugal ainda não é uma realidade.

A Figura 3 apresenta a situação dos países da União Europeia (UE) em 2015, relativamente ao diagnóstico e tratamento da hepatite C. A opção por uma política sem restrições no acesso ao tratamento com AAD permitiu a Portugal ter um desempenho superior à maioria dos países neste parâmetro (aliás, com base no número mais recente de doentes tratados em Portugal, a taxa de tratamento situar-se-á nos 15%, e não nos 6% que o gráfico indica). Já em relação à taxa de doentes diagnosticados, verifica-se que é inferior à mediana da UE (34,4% vs 41,2%), possivelmente devido ao facto de a maioria dos doentes com infecção pelo VHC viver à margem do sistema de saúde.[8]

A epidemiologia da hepatite C nos utentes das unidades móveis da Associação Ares do Pinhal mostra a sua baixa inserção nos cuidados de saúde: 11% dos indivíduos que afirmaram não ter hepatite C tinham na verdade carga vírica detectável, assim como 40% dos que referiam uma eliminação prévia da infecção.[5] Dos doentes em que foi detectado RNA de VHC, apenas 17% eram seguidos regularmente em consulta hospitalar.[5]

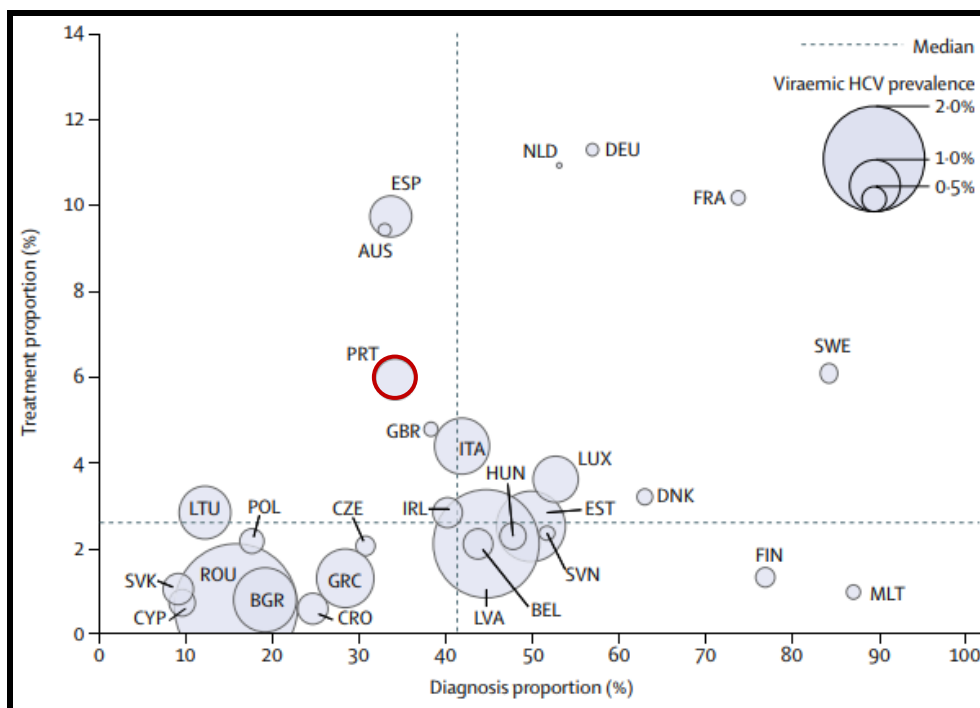


Figura 3: Prevalência de infecção por VHC, diagnóstico e tratamento na União Europeia, 2015 (PRT=Portugal, assinalado a vermelho). Fonte: Razavi et al. The Lancet Gastroenterology & Hepatology 2017

Por outro lado, apenas 5% dos doentes que referiam ter hepatite C tinham realizado tratamento, o que se reflecte na manutenção de taxas de infecção activa pelo VHC entre 50 e 70% nos indivíduos com anticorpo anti-VHC positivo, independentemente da data de início de consumos.[5] (Tabela 1). Daqui se deduz que, uma vez adquirida a infecção, nada a impede de seguir o seu curso, dado o reduzido acesso ao tratamento. Dos doentes seguidos pela Associação Ares do Pinhal e diagnosticados com hepatite C à data do estudo, 19% já se encontravam no estadio de cirrose.[5]

Tabela 1: Prevalência de infecção activa por VHC em utentes anti-VHC+, por década de início dos consumos. Fonte: Silva et al. European Journal of Gastroenterology and Hepatology 2017

	Década de início dos consumos (n/N (%))				
	<1980	1980-1989	1990 – 1999	2000-2009	>2009
RNA VHC detectável em utentes anti-VHC +	50/69 (72,5%)	104/163 (63,8%)	138/193 (71,5%)	14/22 (63,6%)	1/2 (50,0%)

3.3 Barreiras no diagnóstico e tratamento do doente com dependência de drogas

Como demonstrou o caso clínico, há vários factores que contribuem para a dificuldade no diagnóstico e tratamento destes doentes, e que estão relacionados com aspectos intrínsecos ao doente, com a abordagem pelos profissionais de saúde e com a organização dos serviços de saúde.(Figura 4)

Em primeiro lugar, a relação com os doentes com consumos de droga é um desafio: a dependência distorce prioridades e contribui para a marginalização destes indivíduos, dificultando a sua inserção na sociedade em geral.

Por outro lado, há uma enorme instabilidade social e económica nesta população. Reportando-se aos utentes acompanhados pela Associação Ares do Pinhal, Silva et al. destacam a baixa escolaridade (77,9%), a elevada taxa de desemprego (71,4%) e ainda uma percentagem significativa de indivíduos em situação de sem-abrigo (11,1%).[5]

Além disso, os doentes estão pouco informados relativamente às vias de transmissão, clínica e tratamento da infecção por VHC, o que compromete a sua sensibilização para os comportamentos de risco e para a gravidade da doença.[17]

Do que antecede resulta que as questões relativas à transmissão e ao tratamento são tendencialmente não prioritárias para os indivíduos com hepatite C, o que, juntamente com a evolução assintomática e indolente da infecção pelo VHC, favorece a desvalorização da patologia hepática. [6]

Da parte dos profissionais de saúde há uma série de receios, relacionados com a fraca adesão dos doentes à terapêutica, o efeito dos consumos no tratamento, e a interacção do mesmo tratamento com co-morbilidades psiquiátricas, com a co-infecção por VIH e com o tratamento das dependências, entre outros.[18,19]. Assim, além das dificuldades de comunicação e da falta de experiência na abordagem desta população, também uma certa estigmatização dos comportamentos aditivos desencoraja a procura de cuidados de saúde por estes doentes e aumenta a hesitação dos médicos na sua abordagem.[18]

Do contacto com a Associação Ares do Pinhal pude ainda compreender a complexidade que existe no encaminhamento de doentes com análise positiva para o anticorpo anti-VHC para seguimento posterior em consultas hospitalares. Os doentes co-infectados com VIH acabam por ser acompanhados pelo médico infecciologista assistente. No entanto, estes são apenas 11% dos doentes acompanhados diariamente nas unidades móveis. Os restantes têm de aguardar pela marcação de uma consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) para posterior referenciação ao hospital. Existe logo aqui alguma

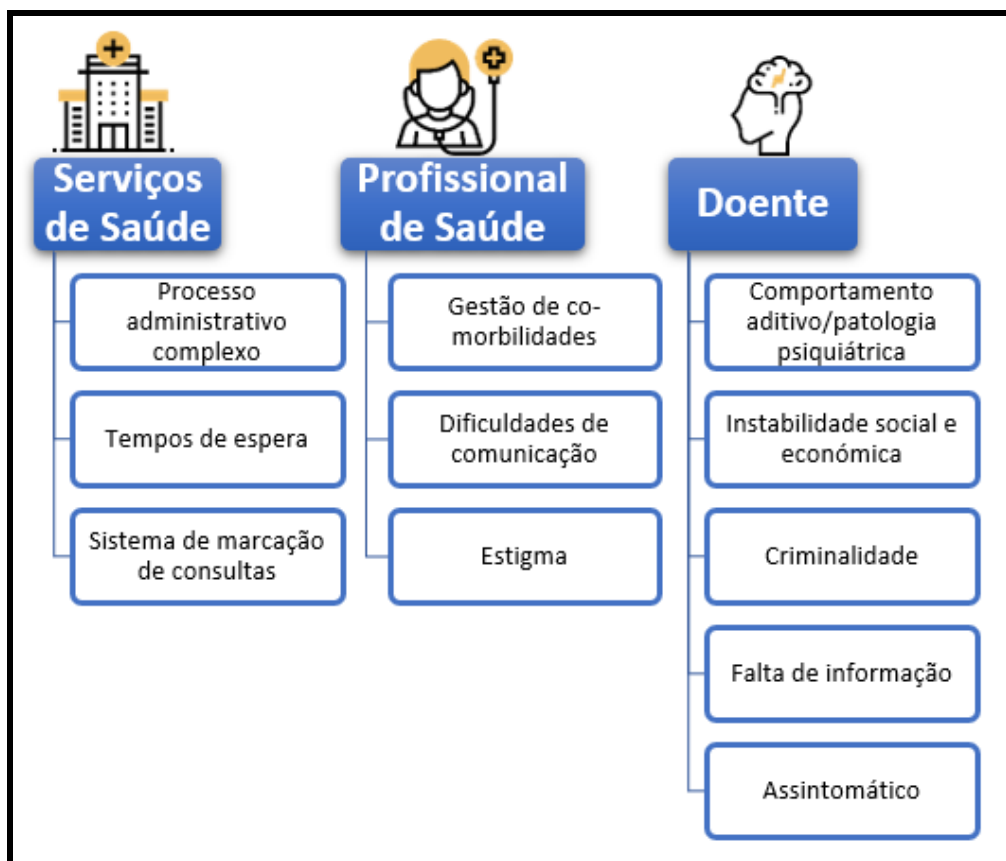


Figura 4: Barreiras no diagnóstico e tratamento da hepatite C no doente com dependência de drogas. Fonte: Associação Ares do Pinhal

dificuldade, uma vez que o tempo médio estimado para a marcação da consulta de MGF é de 6 meses, e nem todos os doentes estão registados no SNS. Após o pedido de consulta hospitalar – que nem sempre é feito – o tempo médio de espera por esta segunda consulta é de 4 meses, sendo enviada a data de marcação da mesma para a morada do doente. Numa população com as particularidades já referidas o acompanhamento em cuidados convencionais torna-se, assim, uma questão problemática.

3.4 Microeliminação – intervenções adaptadas à realidade

Dada a complexidade da abordagem da hepatite C na população consumidora de drogas, cada vez mais se tem falado na necessidade de optar pela micro-eliminação. Este conceito defende que as intervenções sejam individualizadas para cada grupo de risco.[20] O objectivo é controlar eficazmente a via de transmissão em causa e facilitar a prevenção e tratamento da infecção nesse grupo. Nos doentes com consumos de drogas, essas intervenções passam por:



Figura 5: Seringas utilizadas e abandonadas num dos locais de consumo. Lumiar, Lisboa.

3.4.1. Redução de danos

Os consumos por via injectável envolvem material diverso (seringas, colheres, filtros, algodão), que nem sempre está acessível, o que leva a que frequentemente seja partilhado pelos utilizadores no momento do consumo.[10]

Os programas de troca de seringas incentivam hábitos seguros de consumo, contribuindo para reduzir o risco de transmissão do VHC entre pares e prevenir a reinfeção nos doentes em tratamento. A terapêutica de manutenção com metadona administrada oralmente diminui a necessidade de injeções, o que se traduz numa redução de 50% do risco de aquisição do VHC, que é otimizada para 74% quando combinada com a troca de material injectável.[21]

Além disso, a recolha de seringas utilizadas é uma importante medida para a saúde da comunidade, ao minimizar o risco infeccioso dos locais públicos utilizados habitualmente para consumo (Figura 5).

A redução de danos pode ainda ser otimizada com acções de educação dos doentes, cujo impacto é bastante positivo, ao favorecer a sua procura e adesão à terapêutica.[17]

Dados da Associação Ares do Pinhal relativos à população acompanhada nas unidades móveis revelam que, na análise da proporção de indivíduos com anticorpos anti-VHC,

Tabela 2: Prevalência de utentes anti-VHC+, por década de início dos consumos.

Fonte: Silva et al. European Journal of Gastroenterology and Hepatology 2017

	Década de início dos consumos (n/N (%))				
	<1980	1980-1989	1990 – 1999	2000-2009	>2009
Utentes anti-VHC+	87/111 (78,4%)	224/310 (72,3%)	220/333 (66,1%)	24/60 (40,0%)	2/7 (28,6%)

por década de início dos consumos, entre 1980 e 2009, a percentagem de positivos para o anti-VHC é progressivamente menor nos indivíduos que começam a consumir mais recentemente (Tabela 2). Esta tendência evidencia uma maior sensibilização para práticas seguras de injeção, o que resulta numa diminuição das taxas de aquisição da infecção.[5]

3.4.2. Simplificar o tratamento fora do hospital

Ao tratar a hepatite C o que se pretende é, além da prevenção das complicações da infecção crónica por VHC, a melhoria da qualidade de vida dos doentes, o fim do estigma e a prevenção da transmissão do vírus.[22] Estas metas assumem particular importância nos doentes com história de consumos, pelo que é fundamental reforçar a adesão e o cumprimento da terapêutica.

Nos últimos anos têm sido estudados diferentes modelos de tratamento da hepatite C fora do meio hospitalar, procurando aumentar a sua acessibilidade.

Verificou-se que é possível obter taxas elevadas de adesão e de resposta à terapêutica (superiores a 90%) com esquemas de dispensa semanal/quinzenal de medicamentos, em locais como centros comunitários frequentados pelos doentes em tratamento de dependências. Facilita-se assim a gestão das co-morbilidades (nomeadamente dos consumos de álcool) e a monitorização da adesão ao tratamento, sobretudo em doentes que mantêm consumos endovenosos ocasionais apesar do tratamento com metadona.[23,24,25,26]

Outra estratégia em estudo é a toma dos medicamentos sob observação directa, já utilizada no tratamento com metadona. A supervisão da toma diária dos AAD mostra-se eficaz e promissora para doentes cuja autonomia para cumprir a terapêutica está

seriamente comprometida (pelos comportamentos aditivos e por outros condicionamentos, como a falta de habitação).[27,28]

Em Lisboa, a Associação Ares do Pinhal e o Hospital de Santa Maria estabeleceram um acordo de cooperação, que desde Outubro de 2017 já possibilitou o acesso de 85 utentes (dados de Novembro 2018) a uma primeira consulta de Hepatologia, com realização de avaliação laboratorial, elastografia e ecografia hepática. Os técnicos da Associação asseguram a marcação de consultas, o transporte dos doentes ao hospital e o pedido de medicamentos para os doentes com infecção activa, bem como o levantamento dos mesmos na farmácia (Figura 6).

A toma da medicação é feita sob observação directa, diariamente, na unidade móvel, juntamente com a toma da dose de metadona (Figura 7).

Quando o esquema terapêutico é concluído, os técnicos colhem amostras de sangue dos utentes e entregam-nas no hospital para doseamento da carga vírica.

Consegue-se assim aumentar o número de indivíduos diagnosticados, garantir o cumprimento dos protocolos de diagnóstico, tratamento e monitorização da hepatite C na unidade móvel, e o doente apenas tem de se deslocar uma vez ao hospital (Figura 8).

O tratamento da hepatite C é ainda optimizado com acções educativas (que incluem palestras, jogos e sessões de grupo) e disponibilização de seringas para troca.

Em Julho de 2018 foi definida a meta de tratar 100 utentes neste modelo. Segundo os dados mais recentes (Novembro 2018), houve 8 doentes identificados com infecção negativa, que apesar de não terem sido medicados, continuam inseridos nas acções de educação para a saúde. O tratamento foi iniciado por 27 doentes, não havendo ainda resultados disponíveis.

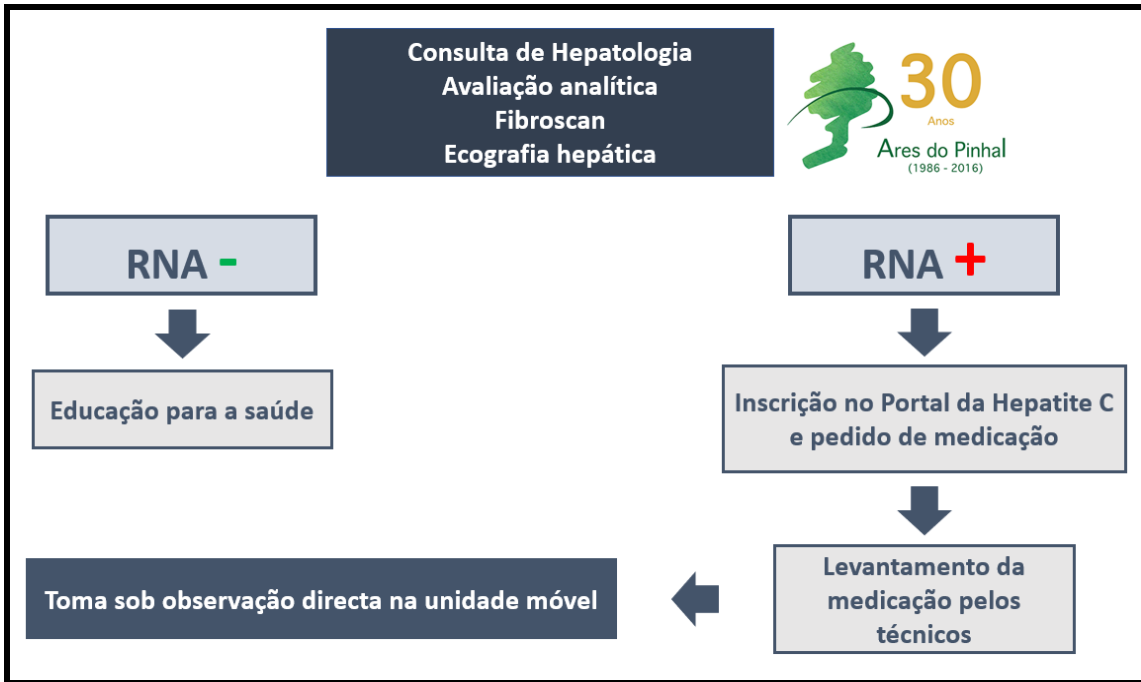


Figura 6: Esquema de acompanhamento no diagnóstico e tratamento da hepatite C nas unidades móveis do PSBLE da Associação Ares do Pinhal. Fonte: Associação Ares do Pinhal



Figura 7: Unidade móvel, vista interior. Praça de Espanha, Lisboa



Figura 8: Unidade móvel, vista exterior. Praça de Espanha, Lisboa

3.4.3. O papel da Adictologia na gestão do doente

Graças à necessidade de uma gestão multidisciplinar dos doentes com comportamentos aditivos, a Adictologia tem ganho destaque como competência clínica, ao procurar associar a intervenção nas dependências à prevenção e tratamento das suas complicações físicas e psiquiátricas.[29]

A hepatite C, adquirida em consequência do consumo de drogas, é exemplo de um problema que deve ser abordado com foco não só na patologia hepática, mas também nas co-morbilidades. Deste modo, a aposta nesta área de formação permitirá capacitar o médico para um acompanhamento mais completo do doente, e assim obter melhores resultados na prevenção da doença e na adesão aos planos terapêuticos.

3.4.4. Hepatite C na prisão

A reclusão é um ambiente de risco para a disseminação da infecção pelo VHC, devido à coexistência num mesmo espaço de indivíduos com práticas inseguras de injeção e pouca ligação aos serviços de saúde.[30] Existe correlação entre a reclusão e maior consumo activo de drogas, menor tratamento e menor supressão viral na infecção por VIH, e menor taxa de iniciação do tratamento da hepatite C.[31]

Em Portugal, o protocolo assinado em 2018 entre a Direcção-Geral da Reinserção e dos Serviços Prisionais (DGRSP) e 28 hospitais do SNS é um bom exemplo de microeliminação da hepatite C. Através da deslocação de profissionais de saúde às prisões para diagnosticar e tratar os reclusos infectados, torna-se possível realizar consulta, avaliação laboratorial e elastografia num dia só, sem que seja necessário o transporte dos doentes até ao hospital, que requer determinados procedimentos de segurança.[32]

3.4.5. *Follow-up* e re-infecção

Após conclusão do tratamento e obtenção de RVS o acompanhamento dos doentes deve continuar. Nos casos com fibrose em estadio F3 ou F4 está indicada vigilância ecográfica hepática semestral para rastreio de CHC, porque o sucesso do tratamento diminui o risco de CHC, mas não o elimina.[22,33]

O risco anual de reinfecção estimado nos consumidores de drogas endovenosas é de 1 a 8%, pelo que deve ser feita monitorização semestral ou anual da carga vírica nos doentes que mantêm comportamentos de risco.[22,33]

Os novos modelos de tratamento da hepatite C poderão desempenhar um papel importante no *follow-up* dos doentes, integrando a vigilância pós-tratamento nos outros planos terapêuticos, como o tratamento das dependências. Além disso, facilitam a sensibilização dos doentes relativamente aos cuidados a ter para evitar a reinfecção.

Por fim, a aposta na proximidade e na integração de cuidados favorece outros aspectos muito valorizados pelos doentes no seu processo de cura da hepatite C, como a recuperação das relações sociais e o fim do estigma relacionado com a dependência – e que se inserem na definição de saúde pela OMS como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.[34,35]

4. Conclusão

A eliminação da hepatite C em Portugal parece exigir uma abordagem de microeliminação na população consumidora de drogas, tendo em conta a elevada prevalência da infecção por VHC neste grupo e a sua dificuldade em permanecer no sistema hospitalar, como exemplifica o caso clínico apresentado.

A simplificação do tratamento – fora do hospital, mas em articulação com os serviços de saúde – permite aumentar a adesão e o número de casos curados da hepatite C. Além disso, é uma oportunidade para educar para a saúde, tratar co-morbilidades, promover a inclusão, e assim oferecer uma melhor qualidade de vida a estes doentes.

5. Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Tato Marinho, por aceitar orientar este trabalho, pela sugestão do tema e, sobretudo, pelo entusiasmo e o estímulo com que me conduziu nesta incursão pela Medicina praticada para além do hospital, que incluiu ainda uma visita ao Estabelecimento Prisional de Lisboa.

À Associação Ares do Pinhal, nomeadamente à Cláudia Pereira, à Raquel Glória, à Elsa Belo e à Mónica Rocha, que me fizeram conhecer os utentes, a equipa da unidade móvel e a sede da Associação, pela sua enorme generosidade e disponibilidade, desde o primeiro dia.

À minha família – Mãe e Pai, Manas e Avós – por tudo o que jamais serei capaz de exprimir (e que seguramente não caberia neste espaço).

Ao Luís, por estar sempre comigo, nos bons e especialmente nos maus momentos.

Aos doentes com quem me cruzei nestes seis anos, pelo seu exemplo de coragem e persistência, e por me ajudarem a descobrir a minha vocação.

6. Referências

1. World Health Organization (2017) *Global Hepatitis Report*
2. Pimpin, L., Cortez-Pinto, H., Negro, F. et al. (2018) *Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies*. J. Hepatol. 718–735
3. European Centre for Disease Prevention and Control (2018) *Hepatitis C in Annual Epidemiological Report for 2016*
4. Asselah, T., Marcellin, P., Schinazi, R.F. (2018) *Treatment of hepatitis C virus infection with direct-acting antiviral agents: 100% cure?* Liver Int. S7–S13
5. Silva, M., Pereira, C., Loureiro, R. et al. (2017) *Hepatitis C in a Mobile Low-Threshold Methadone Program*. Eur J Gastroenterol Hepatol 657-662
6. Hoofnagle, J.H. (1997) *Hepatitis C: The Clinical Spectrum of Disease*. Hepatology (supl. 1) S15-S20
7. Página da Associação Ares do Pinhal: <http://www.aresdopinhal.pt/ares-do-pinhal> (acesso Janeiro 2018)
8. Razavi, H., Robbins, S., Zeuzem, S. et al. (2017) *Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: a modelling study*. Lancet Gastroenterol Hepatol [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(17\)30045-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30045-6)
9. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018) *Sumário Executivo Relatórios Anuais 2017*
10. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016) *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional*
11. Westbrook, R.H., Dusheiko, G. (2014) *Natural history of hepatitis C*. J. Hepatol. S58–S68
12. Thein, H., Yi, Q., Dore, G.J., Kahn, M.D. (2008) *Estimation of Stage-Specific Fibrosis Progression Rates in Chronic Hepatitis C Virus Infection: A Meta-Analysis and Meta-Regression*. Hepatology 418-31
13. Maylin, S., Martinot, M., Moucari, R. et al. (2008) *Eradication of Hepatitis C Virus in Patients Successfully Treated for Chronic Hepatitis C* Gastroenterology 821–829
14. Morgan, R.L., Baack, B., Smith, B.D. et al. (2013) *Eradication of Hepatitis C Virus Infection and the Development of Hepatocellular Carcinoma A Meta-analysis of Observational Studies* Ann. Intern. Med. 329-337
15. Infarmed (2018) *Dia Mundial das Hepatites - Tratamentos para hepatite C em fases mais precoces e mais de dez mil doentes curados*. Comunicado de Imprensa (<http://www.infarmed.pt/documents/15786/1879176/Tratamentos+para+hepatite+C+em+fases+mais+precoces++e+mais+de+dez+mil+doentes+curados/2ba3b207-c415-4f6d-b2aa-d8c635c97f47>) (acesso Setembro 2018)
16. Infarmed (2019) *Hepatite C – Monitorização dos tratamentos*. <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1084985/Hepatite+C/dd545649-1042-42e9-b2d3-83db2bc34b11> (acesso Junho 2019)
17. Marinho, R.T., Costa, A., Pires, T. et al. (2016) *A multidimensional education program at substance dependence treatment centers improves patient knowledge and hepatitis C care* BMC Infect. Dis. 16:565 doi: 10.1186/s12879-016-1883-6
18. Zeremski, M., Zibbe, J.E., Martinez A.D. et al. (2013) *Hepatitis C virus control among persons who inject drugs requires overcoming barriers to care* World J. Gastroenterol 7846–7851
19. Grebely, J., Oser, M., Taylor, L.E., Dore, G.J. (2013) *Breaking Down the Barriers to Hepatitis C Virus (HCV) Treatment Among Individuals With HCV/HIV Coinfection: Action Required at the System, Provider, and Patient Levels* J. Infect. Dis. S19–S25
20. Lazarus, J.V., Wiktor, S., Colombo, M., Thursz, M (2017) *Micro-elimination – A path to global elimination of hepatitis C*. J. Hepatol. 665–666
21. Platt L, Minozzi S, Reed, J. et al. (2017) *Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs*. Cochrane Database Syst Rev doi:10.1002/14651858.CD012021.pub2
22. European Association for the Study of the Liver (2018) *EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018*. J.Hepatol. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.026>
23. Butner, J.L, Gupta, N., Fabian, C. et al. (2017) *Onsite treatment of HCV infection with direct acting antivirals within an opioid treatment program*. J Subst Abuse Treat 49-53
24. Mason, K., Dodd, Z., Guyton, M. et al. (2017) *Understanding real-world adherence in the directly acting antiviral era: A prospective evaluation of adherence among people with a history of drug use at a community-based program in Toronto, Canada*. Int. J. Drug Policy 202-208

25. Norton, B., Fleming, J., Bachhuber, M.A. et al. (2017) *High HCV cure rates for people who use drugs treated with direct acting antiviral therapy at an urban primary care clinic*. Int. J. Drug Policy 196-201
26. Morris, L., Smirnov, A., Kvassay, A. et al. (2017) *Initial outcomes of integrated community-based hepatitis C treatment for people who inject drugs: Findings from the Queensland Injectors' Health Network*. Int. J. Drug Policy 216-220
27. Schutz, A., Moser, S., Schwanke, C. et al. (2018) *Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals*. J. Viral Hepat. 870-873
28. McDermott, C., Lockhart, C.M., Devine, B. (2018) *Outpatient directly observed therapy for hepatitis C among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis*. J. Virus Erad. 118-122
29. Página da Associação Portuguesa de Adictologia: <http://www.adictologia.com/index.php> (acesso Abril 2019)
30. Cunningham, E.B., Hajarizadeh, B., Bretana, N.A. et al. (2017) *Ongoing incident hepatitis C virus infection among people with a history of injecting drug use in an Australian prison setting, 2005-2014: The HITS-p study*. J. Viral Hepat. 733-741
31. Kronfli, N., Nitulescu, R., Cox, J. et al. (2018) *Previous incarceration impacts access to hepatitis C virus (HCV) treatment among HIV-HCV co-infected patients in Canada*. J Int AIDS Soc <https://doi.org/10.1002/jia2.25197>
32. Página da World Health Organization Europe <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2018/8/improved-access-to-health-services-to-eliminate-hepatitis-c-in-portuguese-prisons> (acesso Setembro 2018)
33. Norma nº 028/2017 da Direcção-Geral da Saúde (2017) *Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto* (acesso Setembro 2018)
34. Madden, A., Hopwood, M., Neale, J., Treloar, C. (2018) *Beyond cure: patient reported outcomes of hepatitis C treatment among people who inject drugs in Australia*. Harm Reduct J 15:42 <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0248-4>
35. Página da World Health Organization <https://www.who.int/about/mission/en/> (acesso Setembro 2018)

As fotografias foram tiradas pela autora (Figuras 5, 7 e 8).

Anexo: sobre a Associação Ares do Pinhal

A Associação Ares do Pinhal foi criada em 1986 como uma comunidade terapêutica, em Mação, para encaminhamento de doentes seguidos na consulta de toxicodependências do Hospital de Santa Maria. Actualmente é presidida pelo Dr. Nuno Miguel. Além do tratamento de dependências que decorre em 3 comunidades terapêuticas, uma das principais áreas de intervenção é, desde 1998, a redução de danos associados aos consumos, através de um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Toxicodependências (SICAD), dirigido à população dependente de heroína. O PSBLE dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, psicólogos, técnicos, enfermeiros e administrativos, e de duas unidades móveis, que assistem diariamente 5 pontos da cidade de Lisboa. Este Programa garante o acesso a *kits* de material injectável (e a recolha de material utilizado), à terapêutica de substituição com metadona, a acções educativas e ao rastreio, tratamento e monitorização de doenças infecciosas, articulando o contacto entre os utentes e os cuidados de saúde.[9]

O PSBLE registou 190 novas entradas em 2018, encontrando-se à data a acompanhar diariamente 1174 utentes, dos quais 85% são do sexo masculino e 81% são de nacionalidade portuguesa. A média de idades desta população é de 46 anos.

Em 2018 a Associação Ares do Pinhal foi reconhecida pela OMS como um centro de referência de boas práticas na prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção por VIH a nível europeu.

Quando o PSBLE foi criado, as taxas de utentes com anticorpos positivos para o VHC e para o VIH eram, respectivamente, de 85% e 70%, sendo que 20 anos depois se verificou uma redução drástica nos números de infectados pelo VIH para 14%, o que não ocorreu em relação à percentagem de infectados pelo VHC, que corresponde a 55%.

