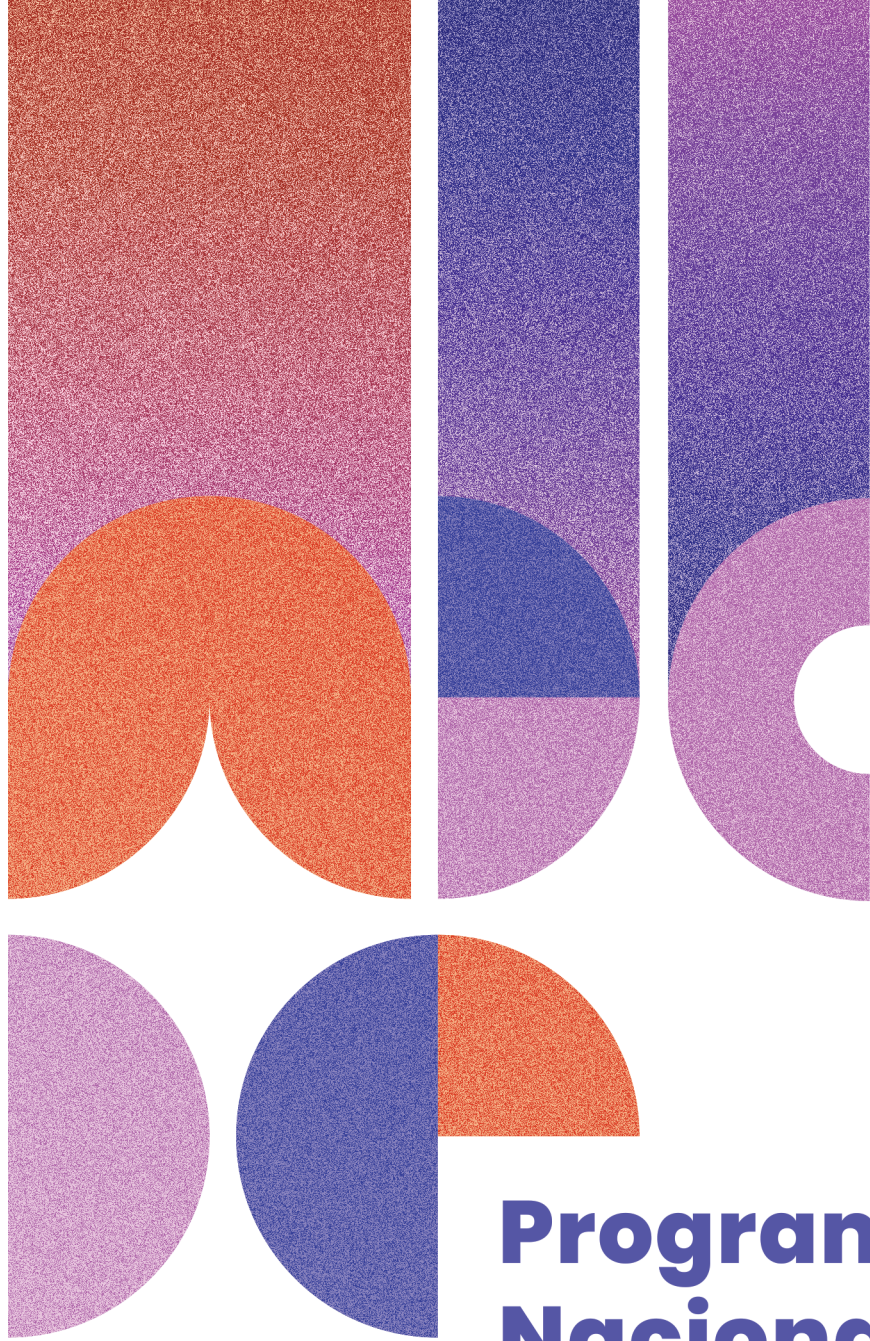


RELATÓRIO



**Programa  
Nacional  
para as  
Hepatites  
Virais 2024**



**Programa  
Nacional  
para as  
Hepatites  
Virais 2024**



## FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
RELATÓRIO DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS 2024.  
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2024  
ISBN: (e-book) 978-972-675-357-5

## PALAVRAS CHAVE

Hepatites virais, hepatite A, hepatite B, hepatite C, hepatite Delta, hepatite E, prevenção, diagnóstico, tratamento, cirrose hepática, carcinoma hepatocelular, mortalidade, transplante hepático, vacinação, microeliminação.

## EDIÇÃO

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa, Portugal  
Tel.: +351 218 430 500  
Fax: +351 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[pnhepatites@dgs.min-saude.pt](mailto:pnhepatites@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

## AUTORIA

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS  
Alexandre Gomes, Conceição Outeirinho, Cristina Valente, Joana Bettencourt, Joana Nunes, João Madaleno, Patrícia Pita Ferreira, Rui Gaspar, Rui Tato Marinho, Vítor Magno Pereira.

## DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE

Filipa Canha, Maria Isabel Alves, Pedro Pinto Leite, Vítor Cabral Veríssimo.

## DIREÇÃO

Rita Sá Machado

Lisboa, julho 2024

# Índice

<b>Siglas e Acrónimos</b>	9
<b>Sumário em linguagem clara</b>	10
<b>Considerações Prévias</b>	12
<b>Enquadramento</b>	14
<b>I. Vigilância Epidemiológica</b>	18
I.I. Portugal no contexto europeu e internacional	18
I.II. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	32
I.III. Prevalência e Incidência de Hepatite B, Hepatite Delta e Hepatite C	34
I.IV. Surto de Hepatite A (2023-2024)	35
I.V. Hemodiálise e diálise peritoneal	35
I.VI. Dádivas de sangue	36
I.VII. Dádivas de órgãos	38
I. VIII. Pessoas que utilizam substâncias psicoativas	39
I.IX. Internamentos	40
I.X. Mortalidade	41
<b>II. Atividades realizadas</b>	43
II.I. Prevenção	44
II.II. Rastreio e diagnóstico	47
II.III. Tratamento	55
II.IV. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado	60
II.V. Participações nacionais e internacionais	62
<b>III. Roteiro de Ação para 2025</b>	65
<b>Referências</b>	67
<b>Anexo I</b>	70

# Índice de Quadros

Quadro I. <b>Número de casos confirmados em Portugal notificados em SINAVE e taxa de notificação por 100.000 habitantes, por hepatite viral e por sexo, 2015 - 2023</b>	33
Quadro II. <b>Prevalência de hepatite B e C em utentes/pessoas em hemodiálise e diálise peritoneal, 2017-2022</b>	36
Quadro III. <b>Total de pessoas dadoras com rastreio positivo de VHB e VHC, por dadores de primeira vez ou habituais, por ano, 2017-2023</b>	38
Quadro IV. <b>Número de casos de hepatites B e C no universo de pessoas dadoras de órgãos, 2017-2023</b>	38
Quadro V. <b>Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2023</b>	39
Quadro VI. <b>Tempos médios de espera para início de terapêutica para hepatite C, 2015-2023</b>	58

# Índice de Figuras

Figura 1. <b>Metas da OMS para 2030, de redução de novos casos e de mortes por hepatites B e C crônicas</b>	12
Figura 2. <b>Número de pessoas testadas para o vírus da hepatite B por 100.000 habitantes na UE/EEE, 2022 (esq) e variação nos últimos anos para os três países que reportaram de forma consistente o número de pessoas testadas, 2017-2022 (dta)</b>	19
Figura 3. <b>Estimativa do número de pessoas que vivem com hepatite B crônica (diagnosticada e não diagnosticada) por 100.000 habitantes, na UE/EEE, 2022 (ou no ano mais recente com dados atualizados)</b>	20
Figura 4. <b>Taxa de notificação de casos de hepatite B aguda por 100.000 habitantes por país, UE/EEE, 2022</b>	21
Figura 5. <b>Cobertura vacinal (%) com três doses de vacina contra o VHB em países da UE/EEE com vacinação universal contra a hepatite B, 2022</b>	22
Figura 6. <b>Taxas de notificação de casos de hepatite B aguda e crônica por 100.000 habitantes (escala logarítmica) em países UE/EEE que reportam consistentemente dados, por ano, 2013-2022</b>	22
Figura 7. <b>Estimativas de prevalência de AgHBs na população geral, em países da UE/EEE,</b>	23
Figura 8. <b>Média ponderada das estimativas de prevalência de hepatite B crônica em diferentes populações-chave e grupos vulneráveis, por país da UE/EEE, 2005-2021</b>	23
Figura 9. <b>Prevalência estimada de VHD em pessoas com AgHBs positivo, na UE/EEE, 2022</b>	24
Figura 10. <b>Via de transmissão reportada para os casos de hepatite B aguda na UE/EEE, 2022</b>	24
Figura 11. <b>Cobertura (%) do rastreio pré-natal de VHB em mulheres grávidas, nos países da UE/EEE com dados disponíveis, 2022 (ou último ano com dados atualizados)</b>	25
Figura 12. <b>Estimativa do número de pessoas a viver com hepatite C crônica (diagnosticada e não diagnosticada) por 100.000 habitantes, na UE/EEE, 2022 (ou no ano mais recente com dados atualizados)</b>	26
Figura 13. <b>Número de pessoas com infecção crônica por VHC que receberam tratamento antiviral por 100.000 habitantes, em 10 países da UE/EEE, 2017-2022</b>	27
Figura 14. <b>Proporção de pessoas que receberam tratamento antiviral para a infecção crônica por VHC e que atingiram a resposta virológica sustentada durante 2022 (ou ano com dados mais recentes), UE/EEE</b>	27
Figura 15. <b>Casos de hepatite C por 100.000 habitantes por país, UE/EEE, 2022</b>	28

Figura 16. <b>Evolução dos casos de hepatite C por 100.000 habitantes em países UE/EEE que reportam consistentemente dados, por ano, 2013-2022</b>	29
Figura 17. <b>Estimativas de prevalência de ARN VHC positivo a população geral, em países da UE/EEE,</b>	29
Figura 18. <b>Proporção da prevalência de hepatite C crónica atribuível à utilização de drogas injetáveis, UE/EEE, entre os 15 e os 79 anos de idade</b>	30
Figura 19. <b>Via de transmissão reportada nos casos de hepatite C aguda, UE/EEE, 2022</b>	30
Figura 20. <b>Número de kits de equipamento de injeção esterilizado distribuídos por UDI, UE/EEE, por ano, 2021 (ou último ano com dados)</b>	31
Figura 21. <b>Proporção de pessoas utilizadoras de opióides de alto risco sob terapia de substituição com opióides, UE/EEE, 2021 (ou último ano com dados disponíveis)</b>	31
Figura 22. <b>Prevalência de hepatites virais por 100.000 pessoas dadoras de sangue, 2017-2023</b>	37
Figura 23. <b>Incidência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue habituais, 2017-2023</b>	37
Figura 24. <b>Número de transplantes hepáticos, 2013-2023</b>	39
Figura 25. <b>Número de internamentos por hepatite B crónica em Portugal, 2013-2023</b>	40
Figura 26. <b>Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, 2013-2023 (a vermelho assinala-se a introdução dos Antivirais de Ação Direta)</b>	41
Figura 27. <b>Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, Portugal, 2017-2022</b>	42
Figura 28. <b>Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, 2000-2023, em Portugal</b>	45
Figura 29. <b>Número total de inoculações de vacina contra a hepatite A e proporção por grupo (idade adulta ou pediátrica), Portugal Continental, 2015-2023</b>	45
Figura 30. <b>Número de seringas distribuídas em Portugal, 1993-2023</b>	46
Figura 31. <b>Número de preservativos distribuídos, 2019-2023</b>	47
Figura 32. <b>N.º de testes de AgHBs prescritos e realizados nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais, 2017-2023</b>	48
Figura 33. <b>N.º de testes Anti-VHC prescritos e realizados nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais, 2017-2023</b>	48
Figura 34. <b>Fita temporal de utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de hepatites virais como problema ativo, Portugal Continental</b>	49
Figura 35. <b>Pirâmide etária de utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de</b>	

<b>Hepatites Virais como problema ativo</b> .....	49
Figura 36. <b>Utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de hepatites virais como problema ativo, por região de saúde, Portugal Continental</b> .....	50
Figura 37. <b>Prescrição de ALT e AST no SNS (Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários), 2019-2023</b> .....	51
Figura 38. <b>Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017-2023</b> .....	52
Figura 39. <b>Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017-2023</b> .....	52
Figura 40. <b>Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e número total de tratamentos iniciados, 2015-2023</b> .....	56
Figura 41. <b>Proporção de casos de hepatite C curados e não curados e distribuição de casos de hepatite C por genótipo, 2015-2023</b> .....	56
Figura 42. <b>Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2023</b> .....	57
Figura 43. <b>Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2023</b> .....	57
Figura 44. <b>Infografias campanha Semana Europeia do Teste</b> .....	61
Figura 45. <b>Infografia Dia Mundial Hepatites 2023</b> .....	61
Figura 46. <b>Cimeira Mundial das Hepatites 2024</b> .....	64

## Siglas e Acrónimos

<b>AAD</b>	Antivirais de Ação Direta	<b>IPST</b>	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde	<b>IST</b>	Infeção/ões Sexualmente Transmissível//eis
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde	<b>MCDT</b>	Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>AgHBs</b>	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B	<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ALT</b>	Alanina Aminotransferase	<b>ONG</b>	Organização não-Governamental
<b>anti-VHC</b>	Anticorpo contra o vírus da hepatite C	<b>PMCV</b>	Programa Móvel de Consumo Vigiado em Lisboa
<b>ARN VHC</b>	Ácido Ribonucleico do vírus da hepatite C	<b>PCVMP</b>	Programa de Consumo Vigiado do Porto
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde	<b>PH</b>	Produção Hospitalar
<b>AS</b>	Autoridades de Saúde	<b>PNHV</b>	Programa Nacional para as Hepatites Virais
<b>AST</b>	Aspartato Aminotransferase	<b>PNISTVIH</b>	Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH
<b>BI - CSP</b>	Bilhete de Identidade - Cuidados de Saúde Primários	<b>PNV</b>	Programa Nacional da Vacinação
<b>BIMH</b>	Bilhete de Identidade para a Morbilidade Hospitalar	<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-Exposição VIH
<b>CDC</b>	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	<b>PTS</b>	Programa Troca de Seringas
<b>CESP</b>	Centro de Emergência em Saúde Pública	<b>RVS</b>	Resposta Viroológica Sustentada
<b>CHC</b>	Carcinoma hepatocelular	<b>PCVM</b>	Programa Móvel de Consumo Vigiado
<b>CID10</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão, sistema de codificação de procedimentos	<b>PCVMP</b>	Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto
<b>M/PCS</b>		<b>RRMD</b>	Redução de Riscos e Minimização de Danos
<b>DGRSP</b>	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais	<b>SAI</b>	Sala de Apoio Integrado em Lisboa
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde	<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>DNO</b>	Doenças de Notificação Obrigatória	<b>SIM</b>	Sistema de Informação Multidisciplinar
<b>DSIA</b>	Direção de Serviços de Informação e Análise	<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
<b>DSPDPS</b>	Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde	<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>EASL</b>	<i>European Association for the Study of the Liver</i>	<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>EATG</b>	<i>European AIDS Treatment Group</i>	<b>SPN</b>	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
<b>ECDC</b>	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças	<b>UDI</b>	Utilizador(es) de Drogas Intravenosas
<b>EP</b>	Estabelecimento Prisional	<b>UE/EEE</b>	União Europeia / Espaço Económico Europeu
<b>GAT</b>	Grupo de Ativistas em Tratamentos	<b>ULS</b>	Unidade(s) Local/ais de Saúde
<b>GBHSH</b>	Homens gays, bissexuais e outros homens que têm sexo com homens	<b>VHA</b>	Vírus da hepatite A
<b>ICAD</b>	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.	<b>VHB</b>	Vírus da hepatite B
<b>ICPC</b>	Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários	<b>VHC</b>	Vírus da hepatite C
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística, I.P.	<b>VHD</b>	Vírus da hepatite Delta
<b>INFARMED</b>	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.	<b>VHE</b>	Vírus da hepatite E
<b>INSA</b>	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.	<b>VIH</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
		<b>WHS</b>	<i>World Hepatitis Summit</i>



## Sumário em linguagem clara

### O que é este documento?

Trata-se do Relatório, do ano de 2024, do Programa Nacional para as Hepatites Virais, um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde.

### O que consta do documento?

O documento procura caracterizar a atual situação das hepatites virais em Portugal.

Descreve as características, clínicas e sociais, sintetiza as principais atividades de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento, desenvolvidas no ano de 2023 e traça um roteiro de ação para o ano de 2025.

### Quais são as principais conclusões?

- A doença hepática no seu conjunto, incluindo as comorbilidades, o consumo excessivo de álcool e o fígado gordo, continua a ser uma das mais importantes causas de mortalidade globalmente.
- Regista-se uma tendência crescente no número de testes de rastreio e de diagnóstico precoce de hepatite B e hepatite C.
- Verifica-se uma elevada proporção de doentes com grau de fibrose/cirrose hepática avançado previamente ao início do tratamento.
- Mantém-se necessário o enfoque no diagnóstico precoce da infeção pelos vírus das hepatites B e C, através da testagem pelo menos uma vez na vida, bem como considerar o diagnóstico precoce da doença hepática, no contexto da vigilância de saúde da população.
- O tratamento da hepatite C em Portugal apresenta elevadas proporções de cura (>97%).
- Regista-se a redução em 50% do número de dias entre a autorização e o início do tratamento da hepatite C



## Summary in plain language

### What is this document?

This is the 2024 Report of the National Program for Viral Hepatitis, one of the Priority Health Programs of the Directorate-General of Health.

### What's on the document?

The document aims to characterize the current situation of viral hepatitis in Portugal. It describes the clinical and social characteristics, summarizes the main epidemiological surveillance, prevention, diagnosis, and treatment activities developed in 2023, and outlines an action plan for 2025.

### What are the main conclusions?

- Liver disease, including comorbidities, excessive alcohol consumption, and fatty liver disease, continues to be one of the most important causes of mortality globally.
- There is an increasing trend in the number of screening and early diagnostic tests for hepatitis B and hepatitis C.
- A high percentage of patients with advanced liver fibrosis prior to starting treatment.
- There is a need to maintain focus on promoting hepatitis B and C testing at least once in a lifetime, as well as paying attention to the early diagnosis of liver disease, in the context of population health monitoring.
- The treatment of hepatitis C in Portugal presents high cure rates (>97%).
- The number of days between the authorization of hepatitis C treatment and its initiation was halved (2017 – 2023).

**O que se quer atingir em 2025?**

- Continuar a implementar estratégias e ações que contribuam para se alcançar as metas definidas pela OMS para 2030 para as hepatites B e C, i.e. redução da incidência em 90% e da mortalidade em 65%.
- Melhorar o conhecimento do padrão de distribuição epidemiológica e da resposta integrada às hepatites virais em Portugal.
- Melhorar a literacia da população em relação ao tema “hepatites virais”, na perspetiva do enquadramento mais global das hepatites, designadamente como entidades oncogénicas, como causa de mortalidade precoce e agravadas por estilos de vida menos saudáveis.
- Formar os profissionais de saúde em relação ao tema “hepatites virais” na sua dimensão global, com foco para a redução do risco de evolução para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.
- Promover a vacinação contra a hepatite A e B, em populações-chave e grupos vulneráveis e melhorar o conhecimento sobre o tratamento da hepatite B em Portugal.
- Promover o acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da sua prescrição.
- Promover a integração de cuidados à pessoa que vive com doença hepática, ao nível hospitalar, dos cuidados de saúde primários e da saúde pública.

**What do we want to achieve until 2025?**

- Continue implementing strategies and actions that contribute to achieving the WHO targets by 2030 for hepatitis B and C, i.e., a 90% reduction in incidence and a 65% reduction in mortality.
- Improve knowledge of the epidemiological distribution pattern and integrated response to viral hepatitis in Portugal.
- Improve population literacy regarding the topic of “viral hepatitis,” from the perspective of a more global framework of hepatitis, namely as oncogenic entities, as a cause of early mortality, and exacerbated by less healthy lifestyles.
- Train health professionals on the topic of “viral hepatitis” in its global dimension, focusing on reducing the risk of progression to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma.
- Promote vaccination against hepatitis A and B in the adult population, in key populations and vulnerable groups, and improve knowledge about hepatitis B treatment in Portugal.
- Promote immediate access to hepatitis C treatment at the time of prescription.
- Promote the integration of care for the people living with hepatic disease, from hospital care to primary health care and public health.

## Considerações Prévias

A criação do Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) da Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2016, surge no contexto da classificação das hepatites virais como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), procurando assim alcançar a ambiciosa meta de as eliminar em Portugal até 2030 – reduzir, em 90%, o número de novos casos de infeção pelo vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C (VHC) e reduzir a mortalidade associada a essas infeções em 65% até 2030.<sup>1</sup> (Figura 1).

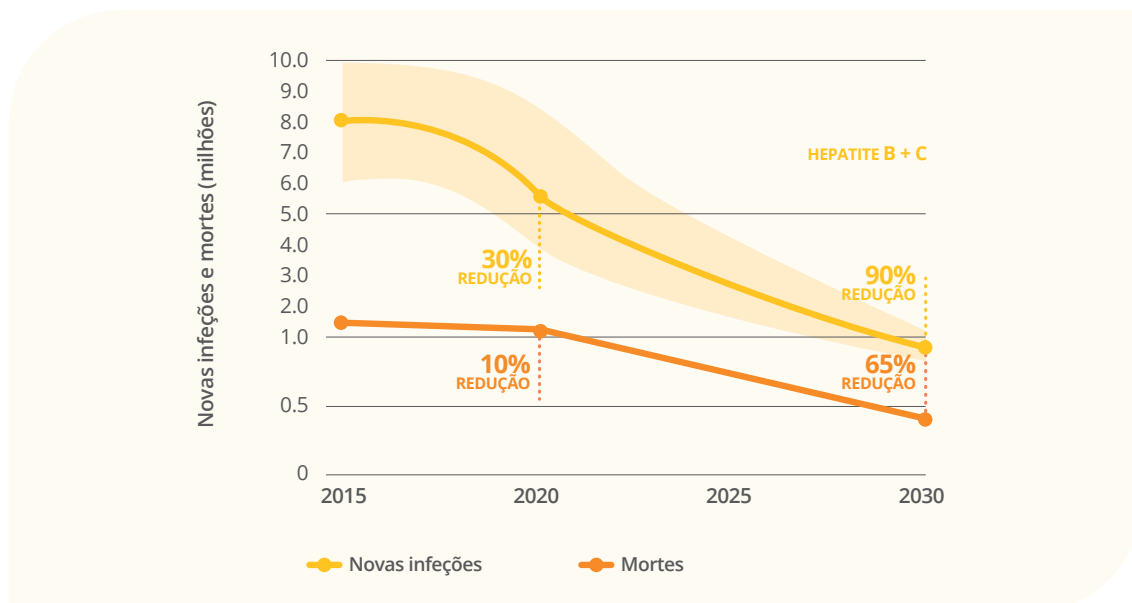


Figura 1. **Metas da OMS para 2030, de redução de novos casos e de mortes por hepatites B e C crónicas**

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2016<sup>1</sup>

A partir de uma ação concertada, multisetorial e multidisciplinar, o Programa pretende interromper as cadeias de transmissão dos vírus das hepatites em Portugal, através do reforço das estratégias preventivas, do rastreio, do diagnóstico precoce e do acesso ao melhor tratamento disponível.

Assim, este relatório procura descrever o que tem sido feito em Portugal, no percurso trilhado em matéria de prevenção e controlo das hepatites virais, por diversos agentes e setores.

Os dados disponíveis demonstram que Portugal continua a apresentar elevada cobertura vacinal contra a hepatite B nas diferentes coortes de nascimento. Registam-se tendências crescentes no número de testes de pesquisa de Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (AgHBs) e de Anticorpos contra o VHC (anti-VHC), quer em contexto de prescrição nos cuidados de saúde primários e hospitalares, quer por organizações de base comunitária.

O tratamento da hepatite C tem sido disponibilizado em crescendo, com taxas de cura elevadas, superiores a 97%. Para isso, muito têm contribuído as diversas iniciativas de microeliminação que, numa lógica de testar, ligar aos cuidados de saúde e tratar, têm conseguido chegar a populações-chave em diversos contextos de vida, que habitualmente têm menor acesso aos cuidados de saúde. Este relatório, à semelhança do anterior, destaca o que de melhor tem sido feito, através de várias iniciativas de microeliminação das hepatites virais B e C.

De assinalar, a redução, para metade, do tempo decorrido entre a data de submissão do pedido de autorização para o tratamento da hepatite C e o seu início, como consequência da publicação da Portaria n.º 615/2022. Constata-se, ainda, o aumento da do diagnóstico de hepatites virais a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Parece haver também uma melhoria na notificação de casos confirmados de todas as hepatites no SINAVE de 2021 para 2023 e, particularmente, uma tendência crescente de notificação de casos confirmados de hepatite B e hepatite C no SINAVE desde 2020.

Parece haver igualmente uma diminuição do número de internamentos associados à doença hepática, com tendência favorável face aos valores anteriores a 2020, assim como do número de óbitos diretamente provocados por hepatites virais.

O Relatório revela que Portugal tem respondido a alertas e emergências em saúde associados a hepatites virais, demonstrado pela criação da Equipa de Gestão e Resposta ao Alerta da Hepatite A, liderada pela Autoridade de Saúde Nacional, incluindo ainda o Centro de Emergência em Saúde Pública (CESP), a Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA), a Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), o Programa Nacional da Vacinação (PNV), o PNHV, o Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH (PNISTVIH) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA).

Persistem, contudo, alguns desafios na prevenção incluindo a vacinação contra a hepatite A e hepatite B, particularmente em populações-chave e grupos vulneráveis, na deteção precoce, na melhoria do acesso aos tratamentos e na melhoria da vigilância epidemiológica das hepatites virais.

Deverão ser equacionadas medidas para melhoria dos resultados no nosso país, podendo incluir a avaliação da possibilidade de alargamento da vacinação contra a hepatite A e contra a hepatite B, de forma gratuita, à população adulta e populações-chave e grupos vulneráveis, nomeadamente a homens gay, bissexuais ou outros homens que fazem sexo com homens (GBHSH) e migrantes provenientes de países de elevada endemicidade para hepatites virais.

A elevada proporção de pessoas que vivem com hepatite C que apresentam cirrose/fibrose avançada previamente ao início do tratamento é um indicador de relevo e a melhorar, dado o elevado risco desses doentes desenvolverem carcinoma hepatocelular (CHC), por isso, a melhoria da literacia sobre doenças do fígado, e o aumento do rastreio e diagnóstico precoce deve continuar a ser uma prioridade.



## Enquadramento

Apesar de serem conhecidas cinco hepatites virais (hepatites A, B, C, Delta e E), as mais relevantes em termos de magnitude são as hepatites B e C, sendo os seus agentes etiológicos classificados, pela OMS, como vírus oncogénicos.

As hepatites virais foram reconhecidas como uma das principais causas de mortalidade a nível mundial, causando cerca de 1,3 milhões de mortes por ano. A hepatite B foi responsável por aproximadamente 83% destas mortes e a hepatite C por cerca de 17%. O aumento na mortalidade estimada desde 2019 sugere que o número de óbitos e casos de carcinomas relacionados com as hepatites virais estão a aumentar.<sup>2</sup>

Globalmente, o número estimado de pessoas recentemente infetadas por um dos vírus das hepatites diminuiu de 3 milhões em 2019 para 2,2 milhões em 2022. Dos 2,2 milhões de novas infeções, 1,2 milhões foram causadas por VHB e cerca de 1,0 milhão por VHC.<sup>2</sup>

A OMS estima que em 2022 viviam em todo o mundo cerca de 304 milhões de pessoas com hepatite B (254 milhões) e C (50 milhões). Cerca de metade da carga da infeção crónica por vírus das hepatites B e C está presente entre as pessoas com idades entre os 30 e os 54 anos e as pessoas do sexo masculino representam 58% de todos os casos.<sup>2</sup>

As hepatites B e C são doenças complexas, uma vez que afetam múltiplas populações-chave e grupos vulneráveis, têm múltiplos modos de transmissão, são frequentemente assintomáticas, e têm diferentes fases de evolução/curso de infeção. A abordagem à carga e impacto das hepatites virais exige, assim, multidisciplinaridade e organização, baseada em evidência e informação sólidas, e um sistema abrangente e integrado de prevenção, resposta e monitorização.

### A. Hepatites virais

O termo hepatite viral refere-se à doença causada por um dos cinco vírus com apetência para se fixarem no fígado: vírus da hepatite A (VHA), vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC), vírus da hepatite Delta (VHD) e vírus da hepatite E (VHE).<sup>3</sup>

Das hepatites virais, apenas a Delta não integra a lista de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO) em Portugal.<sup>4</sup> Contudo, há a possibilidade de a notificar a partir da notificação de hepatite B, por ser condição necessária à infeção.

As infeções por **VHA** e **VHE** são transmitidas por via fecal-oral, geralmente por contacto direto de pessoa para pessoa ou através do consumo de alimentos ou água contaminados.<sup>4</sup>

A **hepatite A** é, em geral, uma doença aguda e autolimitada. Atendendo à melhoria das condições sociais e sanitárias, bem como à vacinação, o número de casos nas últimas décadas tem diminuído.<sup>4</sup> Apesar do referido, quer em 2017, quer em 2023 e 2024, verificaram-se surtos de hepatite A, predominantemente em pessoas do sexo masculino, assumindo-se a transmissão no contexto das relações sexuais como a mais provável.

A **hepatite E** geralmente produz doença ligeira, podendo, no entanto, assumir formas graves, particularmente em grávidas. Em pessoas imunocomprometidas pode evoluir para a cronicidade e doença hepática avançada. Nesta população, a realização de testes de biologia molecular, sobretudo em transplantados ou em pessoas que vivem com o VIH, promove o diagnóstico. Existe vacina contra a hepatite E que tem sido

utilizada pontualmente em países onde se verificam focos epidémicos e onde possa ter utilidade para o seu controlo.<sup>4</sup>

As **hepatites B, C e Delta** são infeções que podem assumir maior gravidade com possibilidade de evolução para formas crónicas.<sup>3</sup>

A **hepatite B** é transmitida através de fluídos corporais, nomeadamente através do sangue, fluidos sexuais e de mãe para recém-nascido (durante ou imediatamente após o parto). A vacinação é a estratégia mais eficaz para a prevenção do aparecimento de novos casos.<sup>3</sup>

A vacinação contra a hepatite B, para além da prevenção da infeção e da transmissão vertical, tem impacto na prevenção do cancro do fígado.<sup>4</sup> De acordo com o *Centers for Disease Prevention and Control* (CDC), a vacinação está disponível para todas as faixas etárias, estando recomendada em todas as idades <19 anos, quando não vacinados. Os adultos com idades compreendidas entre os 19-59 anos e adultos com idade superior ou igual a 60 anos e com risco acrescido de aquisição do VHB devem ser vacinados; aos adultos com idade superior ou igual a 60 anos e sem fatores de risco também pode ser recomendada a vacinação.<sup>5,6</sup>

A vacina para a hepatite B, administrada 24 horas após o parto, é das medidas de saúde pública mais eficazes para o controlo da hepatite B e do CHC.<sup>3</sup> De acordo com a OMS, apenas metade dos países adotaram esta estratégia. A maioria dos países africanos não usa a vacinação neste período precoce da vida. Portugal incluiu esta vacina no PNV de forma universal no ano 2000.

A **hepatite C** é, maioritariamente, transmitida através do contacto com sangue infetado, particularmente no contexto de partilha e troca de material injetável. Apesar da transmissão por via sexual ser menos frequente, tem-se assistido a uma mudança epidemiológica, reconhecendo-se um maior número de casos entre GBHSH. A transmissão durante a gestação/parto, em grávidas que vivem com hepatite C estima-se em 4-7%.<sup>3</sup> O tratamento tem eficácia superior a 95%, tendo o número de casos tratados nos últimos anos contribuído de forma substancial para o cumprimento das metas propostas pela OMS.

A **hepatite Delta** (ou hepatite D) infeta exclusivamente pessoas que vivem com o VHB, causando uma doença hepática mais grave, com evolução para cirrose em 70-80% dos casos. O VHD é geralmente transmitido através do contacto com sangue ou fluídos corporais, principalmente através da partilha de materiais com sangue.<sup>3</sup>

A infeção pode ser classificada como co-infeção (infeção simultânea por VHD e VHB) ou superinfeção (pessoa que vive com hepatite B crónica que adquire a infeção por VHD). A co-infeção VHB-VHD é considerada a forma mais grave e rapidamente progressiva de hepatite crónica viral, associando-se a taxas mais elevadas de descompensação hepática e CHC. Estima-se que cerca de 5% dos doentes com hepatite B crónica estejam infetados por VHD.<sup>3</sup>

A única forma de prevenção da hepatite Delta é através da vacinação contra a hepatite B, visto que a infeção por VHB é causa necessária para a infeção por VHD. Tem-se assistido a uma diminuição dos casos de hepatite Delta desde os anos oitenta, em virtude da implementação da vacinação contra a hepatite B.<sup>3</sup>

O posicionamento de Portugal em relação às hepatites virais é bastante satisfatório, mas deve insistir-se na prevenção, no rastreio e diagnóstico precoce, na atempada referenciação e na ligação aos cuidados de saúde. Importa acompanhar de perto o fenómeno das migrações e o eventual impacto na epidemiologia destas doenças, promovendo-se também a vacinação, rastreio, diagnóstico precoce e tratamento.

## B. Ciclo do Fígado

A doença hepática é uma entidade multifacetada, que pode englobar num determinado ciclo temporal vários contextos clínicos (i.e. assintomático, agudo, fulminante, hepatite crónica, cirrose hepática compensada e descompensada, CHC, indicação para transplante hepático, abordagem paliativa, mortalidade precoce). O consumo de álcool é sempre uma importante comorbilidade e fator de agravamento em quem apresenta cirrose hepática.

A doença hepática é uma doença silenciosa, raramente apresentando sintomas nas fases iniciais da doença. Após a infeção aguda (muitas vezes subclínica), 55% a 85% dos casos de hepatite C e 5% dos casos de hepatite B aguda em idade adulta evoluem para a cronicidade, de forma indolente.

O fígado tem uma resposta similar aos estímulos nocivos, sejam vírus das hepatites, álcool e/ou gordura, com evolução para cirrose em alguns casos. A cirrose compensada pode evoluir para cirrose descompensada (ascite, hemorragia digestiva, encefalopatia, icterícia) ou complicar-se com o aparecimento de CHC. O risco de CHC num doente com cirrose hepática é de 10-40% ao fim de 10 anos. Perante uma cirrose descompensada ou CHC, a esperança média de vida reduz-se de forma significativa.

Qualquer caso de cirrose hepática descompensada deve ser considerado para transplante hepático. Portugal dispõe de três centros de referência de transplante hepático: Unidade Local de Saúde (ULS) de São José (Hospital Curry Cabral), ULS de Coimbra e ULS de Santo António. O transplante hepático pediátrico está sediado na ULS Coimbra.

Portugal é um dos países do mundo com uma das mais elevadas taxas de transplante hepático, o que traduz também a eficiência do sistema de colheita de órgãos. No entanto, parece existir uma tendência para redução do número de casos de transplante hepático associada à hepatite C, decorrente do uso generalizado dos Antivirais de Ação Direta (AAD), de acordo com os dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST).

A doença hepática deve ser vista como uma entidade complexa, havendo a necessidade de integração na rede de Cuidados Paliativos, tendo, neste contexto, surgido recentemente recomendações da *American Association for the Study of Liver Diseases*.<sup>7</sup> Por outro lado, a doença hepática deve ser contextualizada também como uma causa da síndrome da fragilidade (*Frailty Syndrome*)<sup>8</sup> e de sofrimento (*Suffering*).<sup>9</sup>

## C. Cirrose

O fígado é um órgão complexo, com uma multiplicidade de funções que incluem a síntese de proteínas, eliminação de toxinas, síntese de biliar, excreção de substâncias, metabolização de fármacos, acumulação de glicogénio, vitaminas e minerais.

A cirrose hepática, ou doença hepática avançada, consiste na substituição do parênquima hepático por nódulos regenerativos e fibrose, com consequente desorganização da arquitetura lobular e vascular. As consequências destas alterações incluem perda da função hepática e manifestações relacionadas com a hipertensão portal.

Qualquer que seja a etiologia, o prognóstico da doença hepática está relacionado com a presença e gravidade da fibrose. As causas principais de doença hepática são também entidades oncogénicas: álcool, hepatites B e C, fígado gordo (NASH – *Non Alcoholic Steatohepatitis*/esteatohepatite não alcoólica ou MAFLD – *Metabolic associated fatty liver disease*, MASLD – *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*). O tratamento antiviral das hepatites C e B está associado à redução do risco de CHC. Os antivirais devem ser vistos como tratamentos preventivos do cancro do fígado.

O diagnóstico de cirrose pode ser realizado numa fase descompensada (mais avançada) através de exame clínico (presença de ascite - acumulação de líquido no abdómen, icterícia - olhos amarelos, discrasia hemorrágica - facilidade em ter hemorragias e encefalopatia - alterações neuropsiquiátricas). O diagnóstico de cirrose pode ainda ser realizado através de exames de imagem (ecografia abdominal ou TAC revelando um fígado com contornos irregulares), elastografia hepática transitória (exame não invasivo com ultrassons), ou através de *scores* baseados em análises comuns (como ARPI - índice do rácio de AST para plaquetas, ou o FIB-4 - índice Fibrose- 4).<sup>10, 11</sup>



# I. Vigilância Epidemiológica

A resposta nacional às hepatites virais implica um conhecimento válido e atualizado destas infeções em Portugal, incluindo conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam o risco, incidência e prevalência, morbidade e mortalidade, e a dimensão da resposta existente e respetivos resultados.

Este capítulo pretende caracterizar as hepatites virais em Portugal, designadamente na população em geral, e especificamente na população que utiliza substâncias psicoativas, na população em situação de reclusão, nas pessoas dadoras de sangue, de transplante, nas pessoas hemodialisadas e transplantadas.

A informação constante deste capítulo provém de múltiplas fontes de diversos organismos, como a DGS (PNV, DSIA), as ULS, o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD), o IPST, a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), o Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), o ECDC e as Organizações não-governamentais (ONG) que atuam nesta área.

## I.1. Portugal no contexto europeu e internacional

De acordo com o *Global Hepatitis Report* da OMS, estima-se que 254 milhões de pessoas viviam com hepatite B e mais de 50 milhões com hepatite C, em 2022. A nível mundial, a incidência diminuiu, face aos dados de 2019, mas os novos casos de hepatites virais continuam elevados, com 2,2 milhões de novas infeções em 2022, 1,2 milhões de novas infeções por VHB e 1 milhão de novas infeções por VHC, o que corresponde a mais de 6.000 pessoas infetadas por dia. A OMS estima ainda que o número de vidas perdidas por causa das hepatites virais esteja a aumentar, com 1,3 milhões de óbitos por ano (3.500 pessoas por dia), tantas como a tuberculose, colocando estas duas doenças como as duas causas de origem infecciosa mais importantes de mortalidade global. Destas mortes, 83% são causadas pela hepatite B e 17% pela hepatite C.<sup>2</sup>

Os dados globais apontam para uma distância muito grande face às metas globais preconizadas pela OMS, apesar de uma melhoria face aos dados de 2019. Em todo o mundo, estima-se que apenas 13% das pessoas que vivem com infeção crónica por VHB tenham sido diagnosticadas e que apenas aproximadamente 3% receberam terapêutica antiviral, até ao fim de 2022. Relativamente à hepatite C, é estimado que apenas 36% das pessoas que vivem com infeção crónica por VHC tenham sido diagnosticadas e que apenas 20% tenham recebido tratamento curativo, em 2022.<sup>2</sup>

Analisando apenas os dados europeus, as estimativas mais recentes apontam para que 3,6 milhões de pessoas vivam com hepatite B crónica e que 1,8 milhões de pessoas vivam com hepatite C crónica nos 30 países da União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE). Apesar dos dados europeus apontarem para uma diminuição da incidência (i.e. novos casos de infeção por VHB e VHC), essencialmente graças aos esforços de prevenção, dos programas de vacinação contra a hepatite B e do tratamento contra a hepatite C, verifica-se que, a longo prazo, a morbidade e mortalidade provocadas por estas infeções continuam a aumentar, e que as metas internacionais da OMS até 2030 poderão não ser atingidas.<sup>12</sup>

Portugal é um dos 15 Estados-Membros da UE/EEE que tem a nível nacional um programa para responder às hepatites virais crónicas e em que este tem financiamento próprio alocado para a sua implementação.

Portugal dispõe ainda de normas de testagem nacionais, tanto para a hepatite B como para a hepatite C, nomeadamente orientações para testagem de populações-chave e populações vulneráveis, como grávidas, profissionais de saúde, GBHSH, pessoas em situação de reclusão, pessoas que vivem com VIH, pessoas sob profilaxia pré-exposição (PrEP) e pessoas utilizadoras de drogas injetáveis (UDI). Portugal é também um dos 19 estados-membro onde não se verificam restrições no acesso ao tratamento das hepatites B e C. Destacam-se os esforços de Portugal em fornecer o tratamento com o mínimo de barreiras possível, nomeadamente económicas, de acesso, e de país de origem. Por outro lado, Portugal não dispõe, ainda, de orientações para testagem de pessoas oriundas de países com alta endemicidade de hepatites B ou C.<sup>12</sup>

Dez países da UE/EEE reportaram dados para o número de pessoas testadas para a hepatite B em 2023, sendo que Portugal ocupa o 3.º lugar de países que mais testa para a hepatite B por base populacional, com 4.963 pessoas testadas por 100.000 habitantes (Figura 2 à esquerda). Verifica-se que apenas três países reportaram de forma consistente o número de pessoas testadas durante 2017-2022 e que Portugal tem consistentemente aumentado o número de pessoas testadas para o VHB (Figura 2 à direita).<sup>12</sup>

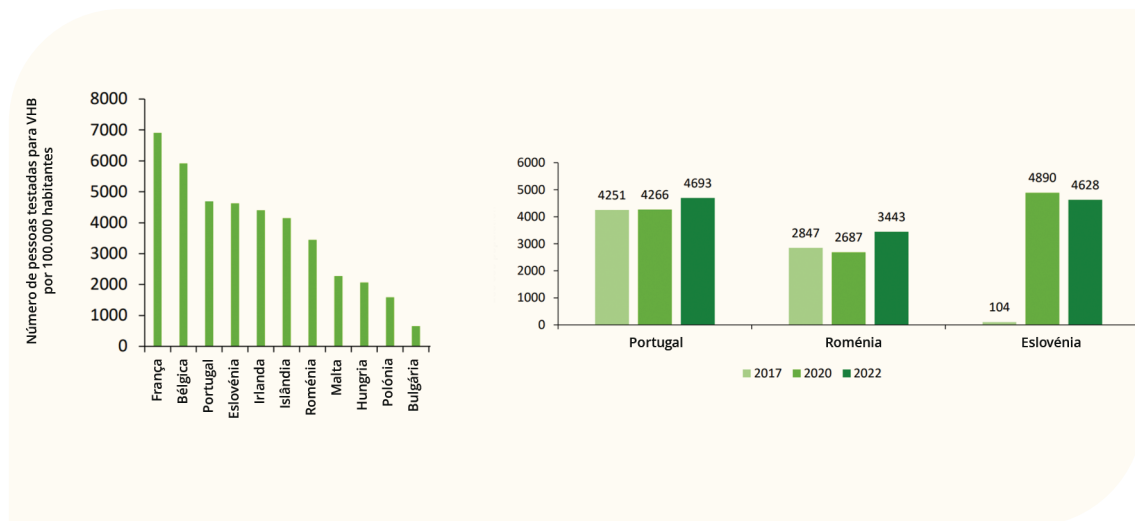


Figura 2. **Número de pessoas testadas para o vírus da hepatite B por 100.000 habitantes na UE/EEE, 2022 (esq) e variação nos últimos anos para os três países que reportaram de forma consistente o número de pessoas testadas, 2017-2022 (dta)**

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

Dez países reportaram em 2023, dados referentes a estimativas de pessoas a viver com infeção crónica por VHB (i.e., AgHBs positivo), tanto diagnosticadas, como por diagnosticar. Este valor variou entre 14.548 pessoas a viver com infeção crónica por VHB por 100.000 habitantes na Dinamarca e 962.571 por 100.000 habitantes na Roménia. Portugal reportou um valor de 41.527 pessoas a viver com infeção crónica pelo VHB por 100.000 habitantes (Figura 3). No entanto, destaca-se que os dados europeus reportados ao ECDC representam uma grande variedade de metodologias de cálculo de estimativas e de fontes de dados, desde estudos de prevalência, modelação ou outros e que o último ano com dados disponíveis varia entre 2013 e 2023, o que pode dificultar a comparação entre diferentes estados-membros e o cálculo de uma estimativa para a região europeia.<sup>15</sup>

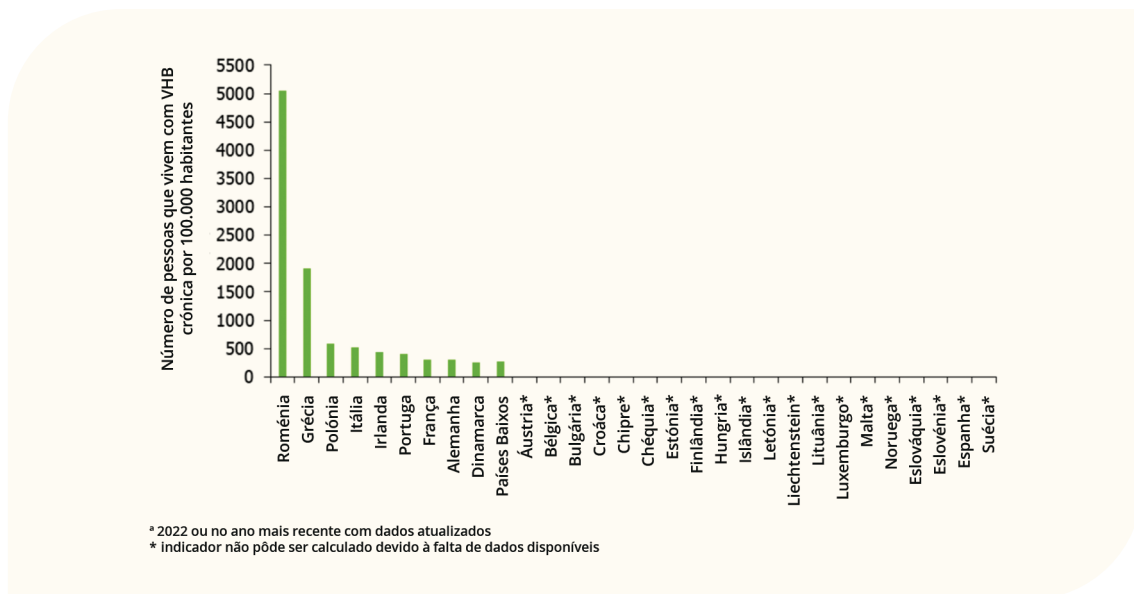


Figura 3. **Estimativa do número de pessoas que vivem com hepatite B crônica (diagnosticada e não diagnosticada) por 100.000 habitantes, na UE/EEE, 2022 (ou no ano mais recente com dados atualizados)**

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

Dentro dos quatro países (Grécia, Irlanda, Países Baixos, Polónia) que reportam simultaneamente os dados das estimativas de pessoas a viver com infeção crónica por VHB e as pessoas efetivamente diagnosticadas, todos estão abaixo da meta interina da OMS Europa para 2025 de diagnosticar pelo menos 60% das pessoas que vivem com hepatite B crónica. Alguns países (Alemanha, Áustria, Grécia, Hungria, Países Baixos, Polónia, Roménia) estimaram ainda a proporção de pessoas que vivem com hepatite B crónica e que têm doença hepática avançada, nomeadamente cirrose hepática ou CHC, no momento do diagnóstico. Estes valores variaram entre 1,6% e 17%, mas são referentes a diferentes metodologias de recolha de dados, o que dificulta a comparação entre países. Apenas três países (Bélgica, Eslovénia, Polónia) reportam a proporção de pessoas diagnosticadas com hepatite B crónica e que estavam ligadas aos cuidados de saúde (*linkage to care*), variando este valor entre os 16% e os 64%. Três países (Bulgária, Eslovénia, Hungria) reportaram ainda a proporção de pessoas que vivem com hepatite B crónica elegíveis para tratamento e que estavam a recebê-lo, sendo este valor igual a 100% para os 3. Quatro países (Alemanha, Países Baixos, Polónia, Roménia) reportaram a estimativa de todas as pessoas a viver com hepatite B crónica e que estão a receber tratamento, com uma mediana de 7%, muito longe da meta interina para 2025 da OMS Europa de 50%. Apenas três países (Eslovénia, Hungria, Polónia) reportam dados da proporção de utentes que receberam tratamento e que atingiram supressão viral do VHB, variando estes valores entre 72% e os 100%.<sup>12</sup>

Portugal não é um dos países que reporta os dados acima mencionados, o que reforça a importância de se apostar em dados de qualidade para monitorizar o progresso em relação às metas globais de saúde, mas também que servem para apoiar o desenvolvimento e monitorizar a implementação de estratégias efetivas e eficientes de prevenção, intervenção e tratamento da hepatite B, bem como para avaliar o seu impacto na saúde.<sup>12</sup>

Em 2022, foram registados na região europeia 8,5 novos casos de hepatite B por 100.000 habitantes, dos quais 7% são reportados como hepatite B aguda, 40% como hepatite B crónica e em 53% é ainda desconhecido se se trata de uma hepatite B crónica ou aguda ou os dados foram apresentados de forma agregada (aguda + crónica)\*. Destaca-se que este valor de 2022 é bastante superior ao registado em 2021, com 4,7

\* Para reporte ao ECDC, exige-se confirmação do estadiamento por base laboratorial, sendo que a maior parte das notificações são efetuadas sem dados que permitam classificar desta forma, justificando-se assim a elevada proporção de “desconhecidos”

novos casos confirmados de hepatite B por 100.000 habitantes. Já Portugal compara-se favoravelmente com a média europeia, com 1,5 novos casos confirmados de hepatite B por 100.000 habitantes, em 2022.<sup>20</sup>

Desagregando estes dados, e relativamente à hepatite B aguda, foram confirmados 0,5 novos casos por 100.000 habitantes na UE/EEE, com Portugal a apresentar um valor de 0,3 novos casos de hepatite B aguda por 100.000 habitantes, inferior à média europeia (Figura 4). No que concerne a hepatite B crónica verifica-se uma média europeia de 4,6 novos casos por 100.000 habitantes, com Portugal a apresentar um valor de 0,6 novos casos de hepatite crónica por 100.000 habitantes, inferior à média europeia. Relativamente aos casos em que ainda é desconhecido se é uma hepatite B aguda ou crónica, a média europeia foi de 5,2 novos casos por 100.000 habitantes, valor muito superior ao registado em Portugal de 0,6 novos casos confirmados por 100.000 habitantes.<sup>20</sup>

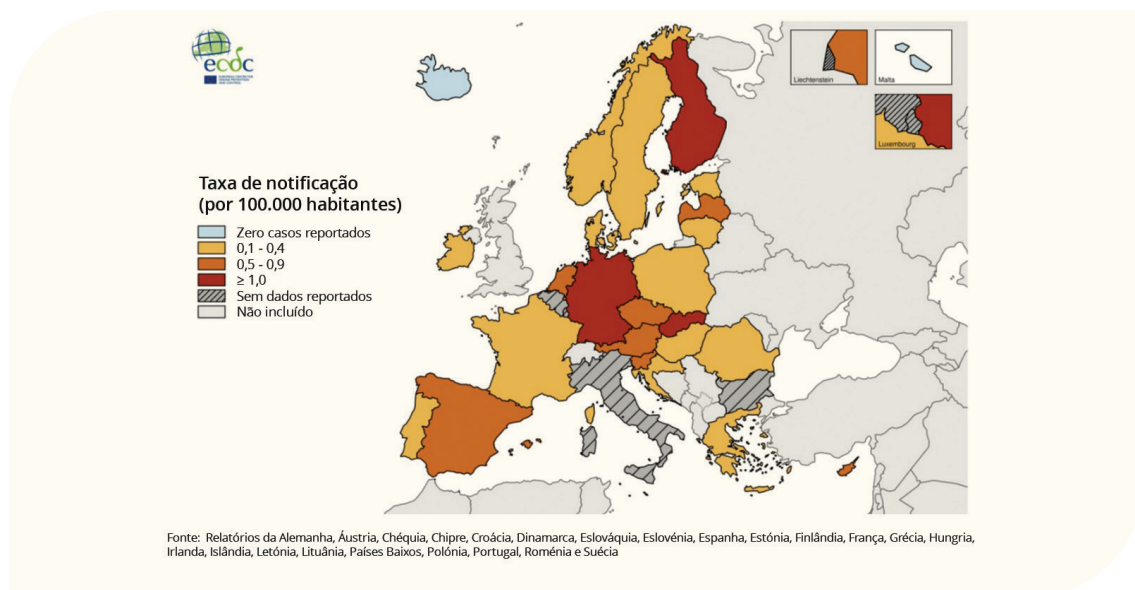


Figura 4. Taxa de notificação de casos de hepatite B aguda por 100.000 habitantes por país, UE/EEE, 2022

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

A variação geográfica pode ser explicada por diversos fenómenos, nomeadamente pela implementação de políticas e práticas de testagem, a qualidade dos dados, a capacidade de notificação, as políticas de vacinação contra a hepatite B, o impacto da pandemia COVID-19 e fenómenos migratórios. Apesar da limitação da qualidade dos dados, a carga de doença atribuída à hepatite B permanece alta na região europeia, ainda que se mantenha o estatuto de baixa endemicidade.<sup>12</sup>

A diminuição de casos de hepatite B aguda de 2013 a 2019 pode ser explicada (Figura 6), em parte, pelo aumento das coberturas vacinais contra a hepatite B. Apesar disso, apenas 10 países da UE/EEE atingiram a meta de cobertura vacinal de 95% com três doses da vacina contra o VHB, com Portugal a liderar (Figura 5). Destaca-se, todavia, que Portugal ainda não reporta dados desagregados de vacinação contra a hepatite B por populações-chave e grupos mais vulneráveis, nomeadamente em UDI ou em profissionais de saúde.<sup>12</sup>

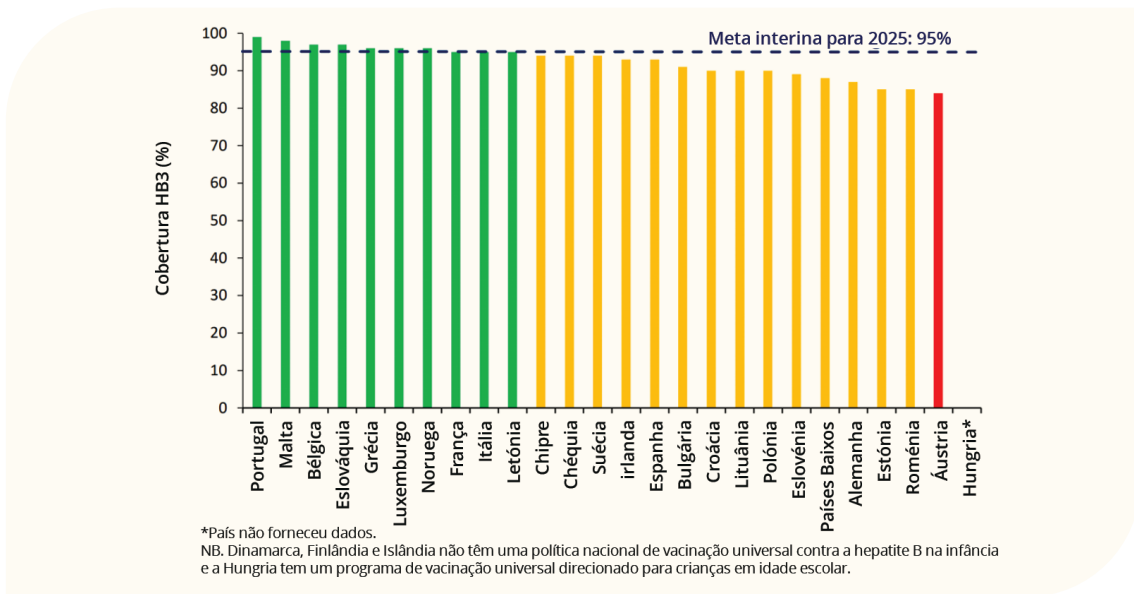


Figura 5. Cobertura vacinal (%) com três doses de vacina contra o VHB em países da UE/EEE com vacinação universal contra a hepatite B, 2022

Fonte: ECDC<sup>22</sup>

A diminuição de casos de hepatite B em 2020, quer com apresentação aguda ou crónica (Figura 6), pode ser em parte explicada pelo impacto da pandemia COVID-19 que afetou o comportamento humano, os fenómenos migratórios e a capacidade de resposta dos serviços de saúde. O aumento de notificações de casos a partir de 2021, principalmente com forma de apresentação aguda, pode justificar-se pelo fim das restrições, a recuperação da atividade dos serviços de saúde, o aumento das iniciativas de testagem, alterações nos sistemas de vigilância, o aumento dos movimentos migratórios em alguns países, e, possivelmente, um aumento da transmissão.<sup>13, 14</sup>

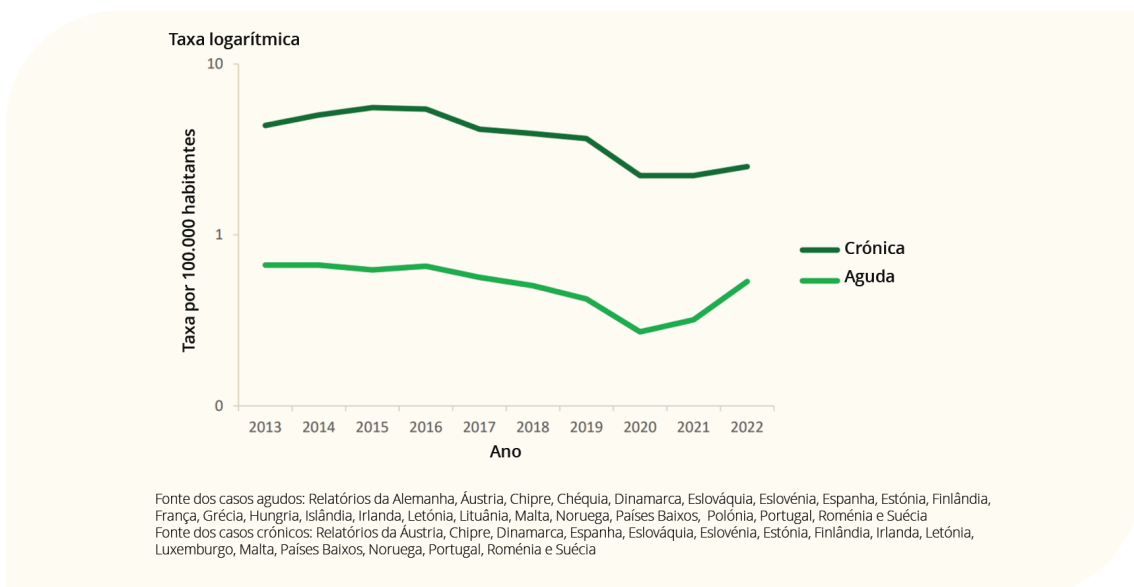


Figura 6. Taxas de notificação de casos de hepatite B aguda e crónica por 100.000 habitantes (escala logarítmica) em países UE/EEE que reportam consistentemente dados, por ano, 2013-2022

Fonte: ECDC<sup>13</sup>

Estimativas recentes de 17 países da UE/EEE apontam para uma prevalência de AgHBs na população geral entre os 0,5% em 8 países e  $\geq 2\%$  na Bulgária e na Roménia (Figura 7).<sup>14</sup> A mesma revisão sistemática refere uma prevalência de AgHBs de 1,23% para Portugal<sup>26</sup>, enquanto um estudo português estima um valor de prevalência de AgHBs de 1,45% (95% IC: 0,9–2,0%).<sup>15</sup>

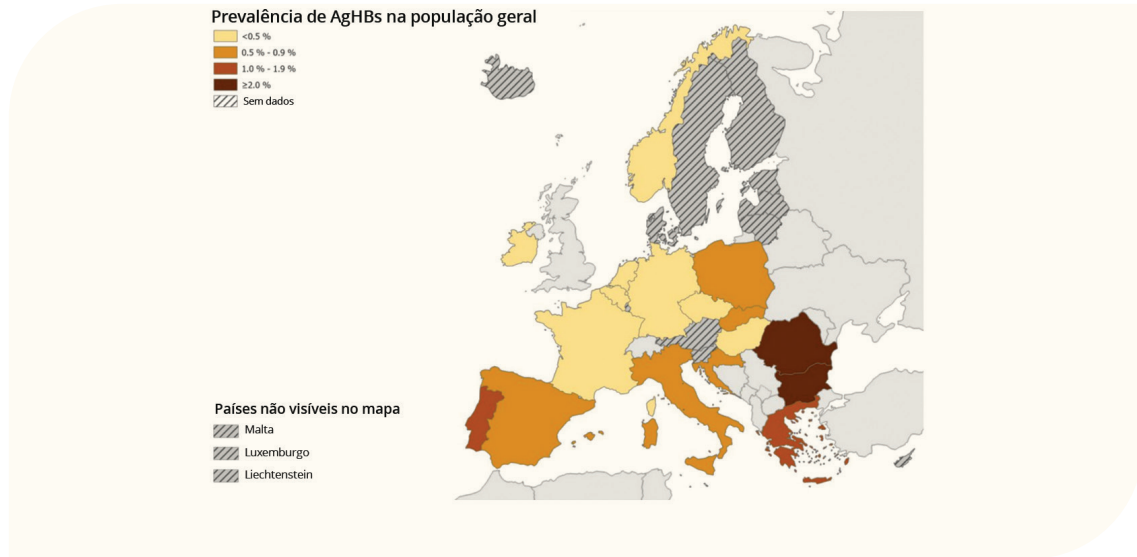


Figura 7. **Estimativas de prevalência de AgHBs na população geral, em países da UE/EEE,**

Nota: com base em estimativas agrupadas de prevalência

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Foram também estimados os valores de prevalência para certas populações-chave e grupos vulneráveis, verificando-se uma maior prevalência de AgHBs em pessoas em situação de reclusão (entre 0,6 e 8,3%) e em determinadas populações migrantes (entre 0,9% e 31,7%) (Figura 8).<sup>14</sup>

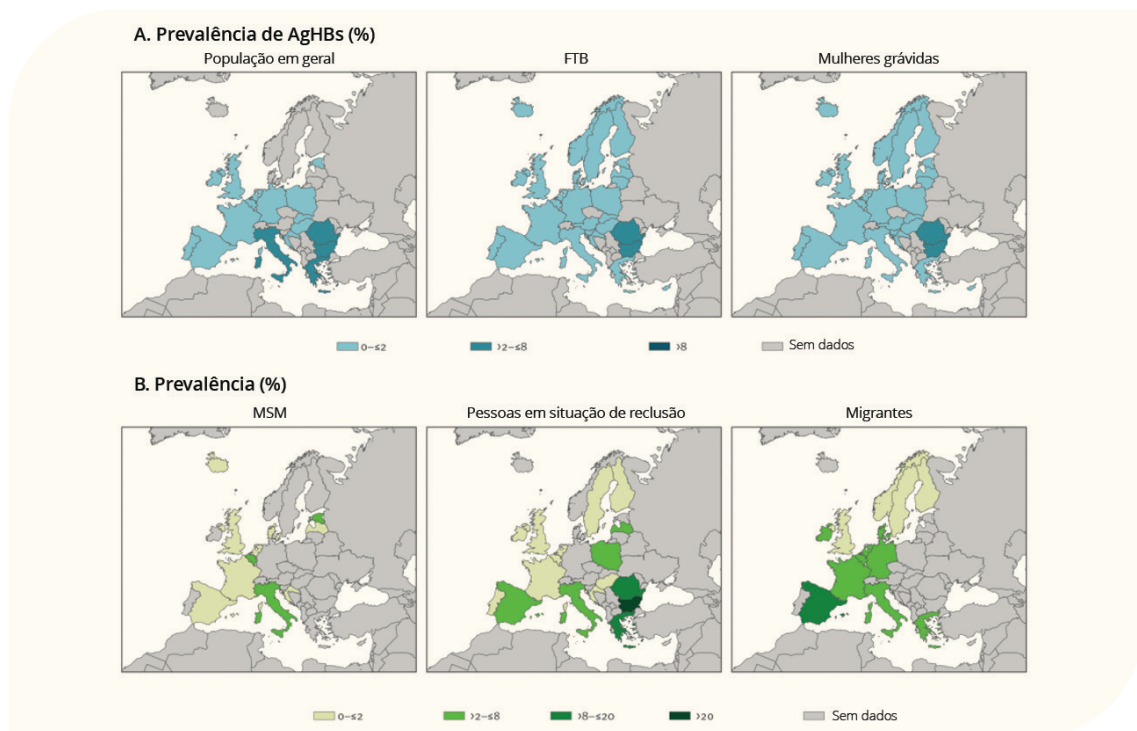


Figura 8. **Média ponderada das estimativas de prevalência de hepatite B crónica em diferentes populações-chave e grupos vulneráveis, por país da UE/EEE, 2005-2021**

Fonte: Bivegete et al<sup>14</sup>

Apenas nove países reportaram ao ECDC uma prevalência estimada de hepatite Delta em pessoas que vivem com hepatite B crónica, em 2022. Esta prevalência variou entre 76% na Roménia e 1% da Noruega. Portugal reportou um valor estimado entre os 2,2 e os 14%, referente ao fim do ano de 2022 (Figura 9).<sup>12</sup>

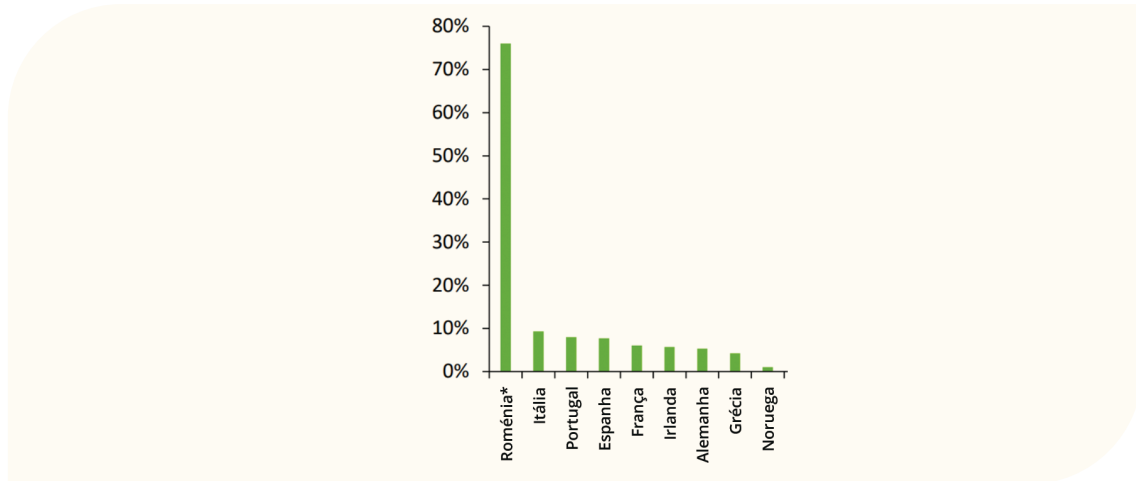


Figura 9. **Prevalência estimada de VHD em pessoas com AgHBs positivo, na UE/EEE, 2022**

Fonte: ECDC<sup>32</sup>

De acordo com os dados europeus, a forma mais comum de transmissão de hepatite B aguda é por via sexual, sendo a transmissão heterossexual a mais comumente reportada, seguida da transmissão entre-GBSH. Destaca-se ainda a transmissão por via nosocomial e a utilização de drogas injetáveis (Figura 10).<sup>33</sup>

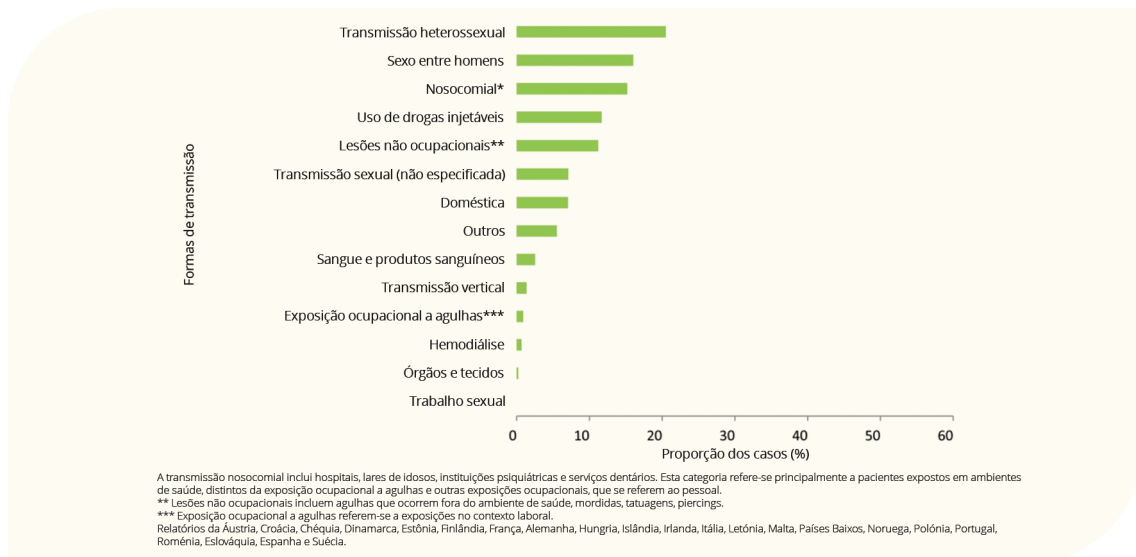


Figura 10. **Via de transmissão reportada para os casos de hepatite B aguda na UE/EEE, 2022**

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Apesar de ser uma forma mais rara de transmissão, é importante monitorizar a transmissão vertical de hepatite B, sendo que Portugal reportou 5 casos com forma provável de transmissão vertical no ano de 2022. Adicionalmente, no ano de 2022, Portugal falhou por 1 ponto percentual a meta interina da OMS para 2025 de assegurar o rastreio pré-natal de hepatite B a 90% das mulheres grávidas (Figura 11).<sup>16</sup>

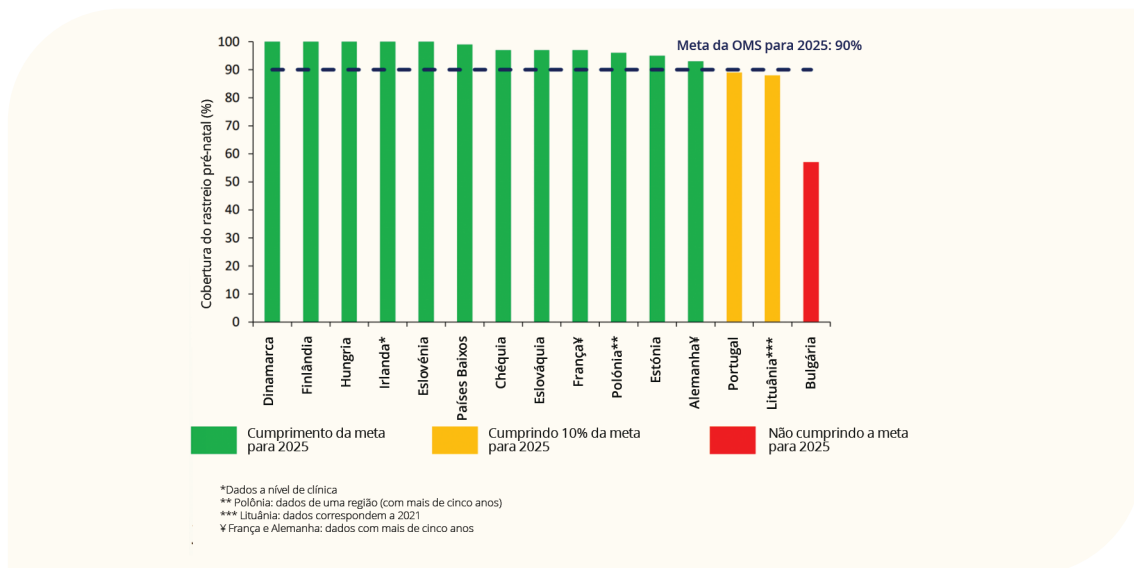


Figura 11. Cobertura (%) do rastreio pré-natal de VHB em mulheres grávidas, nos países da UE/EEE com dados disponíveis, 2022 (ou último ano com dados atualizados)

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Dez países da UE/EEE reportaram ao ECDC o número de pessoas testadas para a hepatite C em 2023, sendo que Portugal foi um dos países que não reportou. As coberturas de testagem europeias do anti-VHC variavam entre 31 por 100.000 habitantes na Hungria e os 6.595 por 100.000 habitantes em França. Já as pessoas testadas para o RNA do VHC ou o antígeno core do VHC variavam entre os 29 por 100.000 habitantes na Roménia e os 4.071 por 100.000 habitantes na Eslovénia.<sup>12</sup>

Com os dados recolhidos neste relatório, e apresentados em maior detalhe no capítulo II,, podemos estimar que Portugal testou para anti-VHC uma média de 4.569 pessoas por 100.000 habitantes, tendo em conta os dados de testes prescritos no setor público (apesar de não ser possível distinguir, com os dados obtidos de momento, se foram requisitados diferentes testes anti-VHC ao mesmo utente nem se os Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos foram efetuados).

Dos países europeus, 29 reportaram dados referentes a estimativas de pessoas a viver com infeção crónica por VHC (i.e., ARN VHC positivo), tanto diagnosticados como por diagnosticar. Este valor variou entre 35 pessoas a viver com infeção crónica por VHC por 100.000 habitantes nos Países Baixos e as 1.599 por 100.000 habitantes na Letónia. Portugal reportou um valor de 386 pessoas a viver com infeção crónica por VHC por 100.000 habitantes (Figura 12).<sup>12</sup>

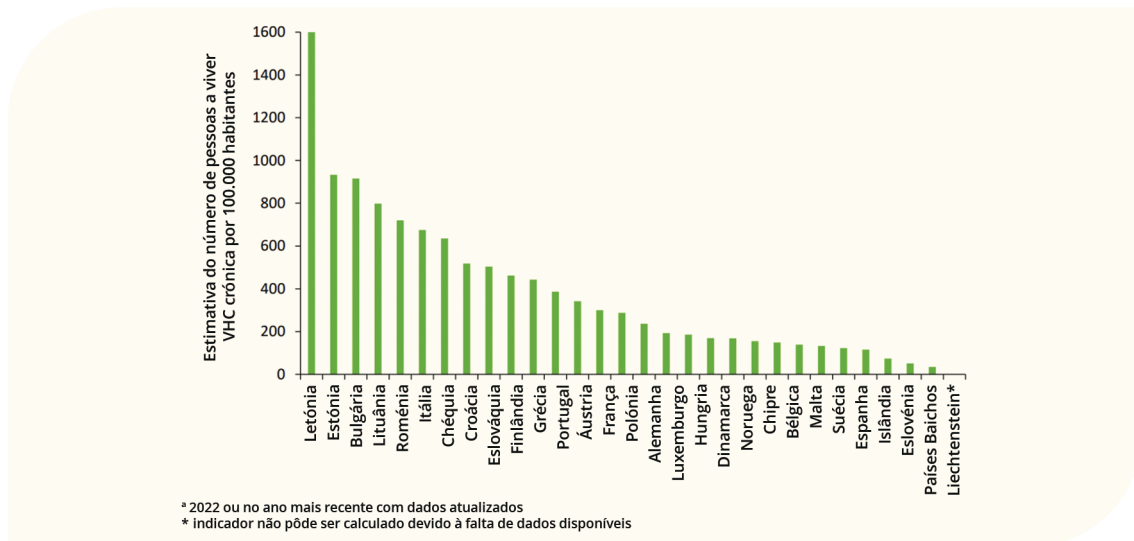


Figura 12. **Estimativa do número de pessoas a viver com hepatite C crónica (diagnosticada e não diagnosticada) por 100.000 habitantes, na UE/EEE, 2022 (ou no ano mais recente com dados atualizados)**

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

Apenas quatro países (Eslovénia, Grécia, Irlanda, Malta) reportaram em 2023 dados referentes a estimativas de pessoas a viver com infeção crónica por VHC diagnosticada, excluindo aqueles que têm a infeção resolvida (curada através do tratamento ou resolvida espontaneamente). Com os dados reportados destes quatro países, estimou-se uma média de 55.877 pessoas a viver com hepatite C crónica, das quais 11.766 pessoas (21%) foram diagnosticadas com hepatite C (excluindo as pessoas com infeção resolvida). Este valor representa um decréscimo face aos valores registados em 2020 (52%) e distantes da média interina para 2025 de ter 60% dos casos diagnosticados. No entanto, destaca-se que estes valores se baseiam numa amostra europeia muito pequena, com um *outlier* relevante de um país e que as metodologias de cálculo de estimativas de pessoas a viver com infeção crónica por VHC variam em cada país.<sup>12</sup>

Os mesmos quatro países disponibilizam dados suficientes para estimar o número de pessoas que vivem com hepatite C crónica e que estão por diagnosticar. Estes valores variam entre 0 por 100.000 habitantes e 394.5 por 100.000 habitantes.<sup>12</sup>

Adicionalmente, oito países (Alemanha, Áustria, Grécia, Hungria, Islândia, Países Baixos, Polónia, Roménia) reportaram a estimativa da proporção de pessoas que vivem com hepatite C crónica e que têm doença hepática avançada, nomeadamente cirrose hepática ou CHC no momento do diagnóstico. Destaca-se, no entanto, que alguns países reportam estimativas com mais de 5 anos, que poderão não refletir a situação atual, e que correspondem a diferentes metodologias de recolha de dados, o que dificulta a comparação entre países. Estes valores variaram entre <1% e 34%.<sup>12</sup>

Apenas três países (Eslovénia, Grécia, Hungria) reportam a proporção de pessoas diagnosticadas com hepatite C crónica e que estavam ligadas aos cuidados de saúde (*linkage to care*), variando este valor entre os 7% e os 22%. Cinco países reportaram ainda a proporção de pessoas diagnosticadas com hepatite C crónica elegíveis para tratamento e que estavam a receber tratamento. Destes dados, das 33.766 pessoas com infeção crónica diagnosticada, apenas 3.077 (9,1%) receberam tratamento, variando estes valores entre os 5% e os 22%.<sup>38</sup>

Portugal é um dos países que não reporta os dados acima mencionados, o que reforça a importância da aposta em dados de qualidade, não apenas para monitorizar o progresso em relação às metas globais de saúde, mas também para desenvolver estratégias efetivas e eficientes de prevenção, intervenção, tratamento e cura da hepatite C.<sup>12</sup>

Relativamente ao número de pessoas que receberam tratamento para a hepatite C, verifica-se um decréscimo deste número ao nível dos países europeus que reportaram estes dados. A única exceção é Portugal, que aumentou o número de pessoas tratadas para a hepatite C entre 2017 e 2022 (Figura 13).<sup>12</sup>

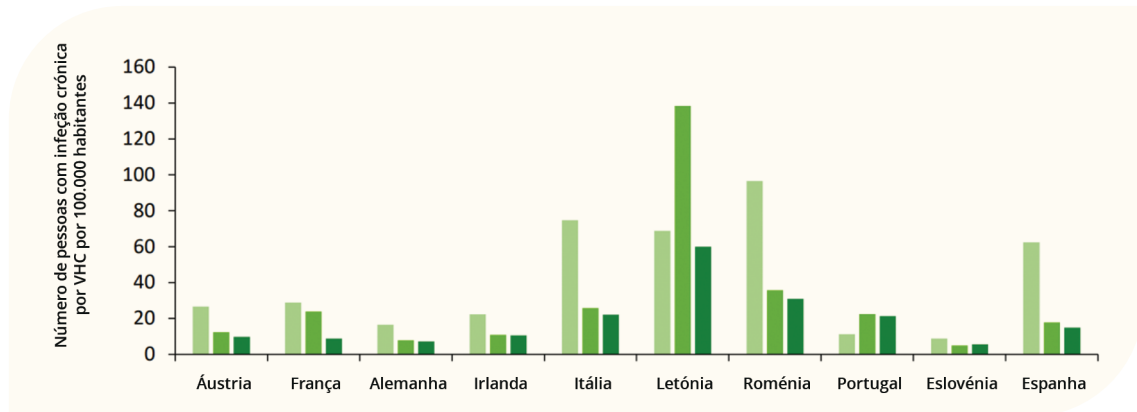


Figura 13. **Número de pessoas com infeção crónica por VHC que receberam tratamento antiviral por 100.000 habitantes, em 10 países da UE/EEE, 2017-2022**

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

Analisando os resultados de tratamentos para a hepatite C, apenas nove países reportam dados sobre a proporção de doentes que receberam tratamento antiviral e que atingiram resposta virológica sustentada nesse ano. Em todos os países, incluindo Portugal, essa proporção atingiu valores acima dos 90%, alinhada com os objetivos do PNHV (Figura 14).<sup>12</sup>

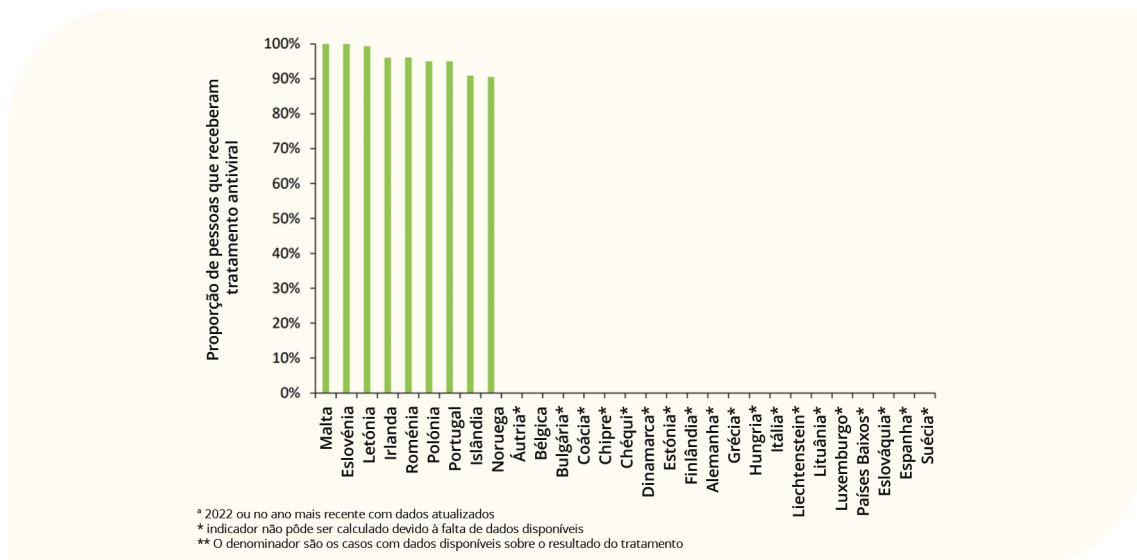


Figura 14. **Proporção de pessoas que receberam tratamento antiviral para a infeção crónica por VHC e que atingiram a resposta virológica sustentada durante 2022 (ou ano com dados mais recentes), UE/EEE**

Fonte: ECDC<sup>12</sup>

Em 2022, foram registados na região europeia 6,2 casos de hepatite C por 100.000 habitantes, dos quais 6%

são reportados como hepatite C aguda, 34% como hepatite C crónica e em 60% é ainda desconhecido\* se se trata de hepatite C crónica ou aguda ou os dados foram apresentados de forma incompatível com essa desagregação.<sup>17</sup>

Destaca-se que este valor de 2022 é bastante superior ao registado em 2021, com 4,7 casos confirmados de hepatite C por 100.000 habitantes. Já Portugal compara-se de forma bastante favorável com a média europeia, com 1,6 casos confirmados de hepatite C por 100.000 habitantes, em 2022 (Figura 15).<sup>17</sup>

Desagregando estes dados, e relativamente a hepatite C aguda, foram confirmados 0,4 casos por 100.000 habitantes na UE/EEE, com Portugal a apresentar um valor inferior à média europeia de 0,1 casos de hepatite C aguda por 100.000 habitantes. No que diz respeito à hepatite C crónica, verifica-se uma média europeia de 2,9 casos por 100.000 habitantes, com Portugal a apresentar um valor muito inferior de 0,7 casos de hepatite C crónica por 100.000 habitantes. Relativamente aos casos em que ainda é desconhecido se é uma hepatite C aguda ou crónica, a média europeia foi de 4,1 casos por 100.000 habitantes, valor muito superior ao registado em Portugal de 0,8 casos confirmados por 100.000 habitantes.<sup>17</sup>

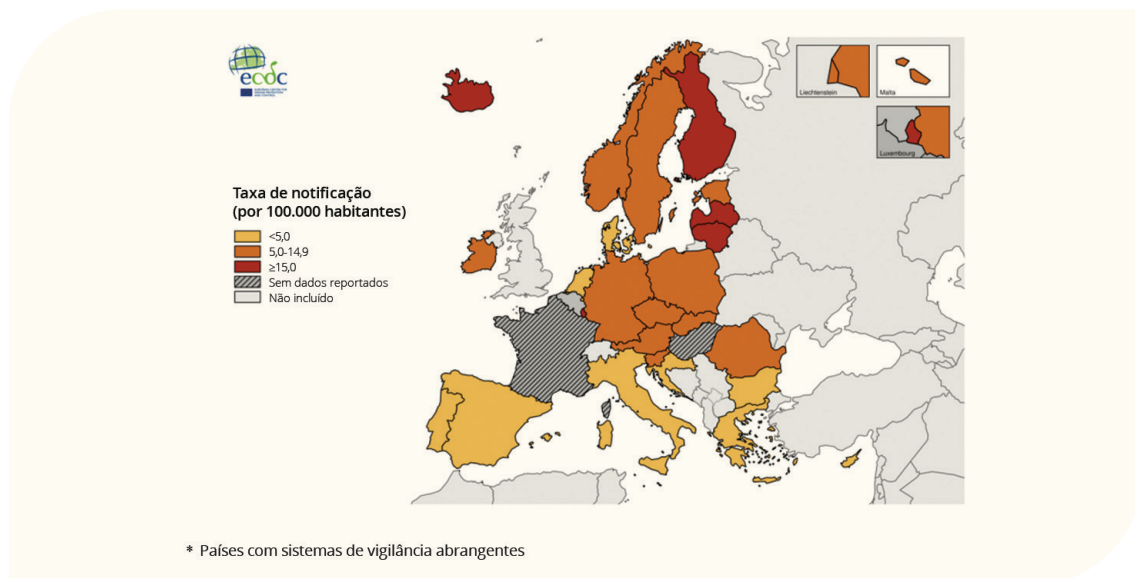


Figura 15. **Casos de hepatite C por 100.000 habitantes por país, UE/EEE, 2022**

Fonte: ECDC<sup>17</sup>

A variação geográfica pode ser explicada por diversos fenómenos, nomeadamente o impacto da pandemia COVID-19, as políticas de testagem e o próprio perfil epidemiológico de cada país. Países que têm políticas e programas de testagem mais abrangentes, como países do norte da Europa, apresentam maior número de notificações, que não se traduzem necessariamente em taxas prevalência mais altas, que ocorrem maioritariamente nos países de leste e sul da Europa.<sup>17</sup>

A diminuição de casos de hepatite C em 2020 pode ser em parte explicada pelo impacto da pandemia COVID-19, à semelhança do referente à hepatite B. Contudo, a magnitude deste impacto, tendo em conta o curso indolente das hepatites virais crónicas, pode demorar vários anos a manifestar-se e a ser verdadeiramente estimado (Figura 16).<sup>17</sup>

\* Para reporte ao ECDC, exige-se confirmação do estadiamento por base laboratorial, sendo que a maior parte das notificações são efetuadas sem dados que permitam classificar desta forma, justificando-se assim a elevada proporção de "desconhecidos"

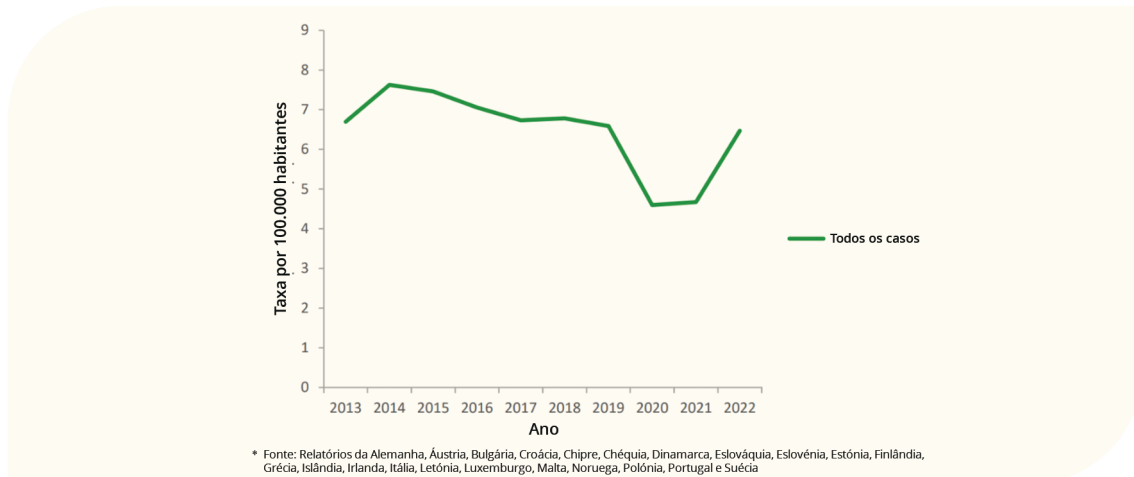


Figura 16. **Evolução dos casos de hepatite C por 100.000 habitantes em países UE/EEE que reportam consistentemente dados, por ano, 2013-2022**

Fonte: ECDC<sup>17</sup>

Estimativas recentes da UE/EEE apontam para uma prevalência de ARN VHC positivo na população geral entre os <0,1% em países como a Islândia, Eslovénia e Países Baixos e 2,3% na Roménia (Figura 17).<sup>18</sup> A mesma análise refere uma prevalência de ARN VHC positivo de 0,5% para Portugal,<sup>46</sup> enquanto um estudo português estima um valor de prevalência de anti-VHC de 0,54 (95% IC: 0,2–0,9%) e 0,12% apresentam virémia detetável (95% IC: 0,0–0,3%).<sup>15</sup>

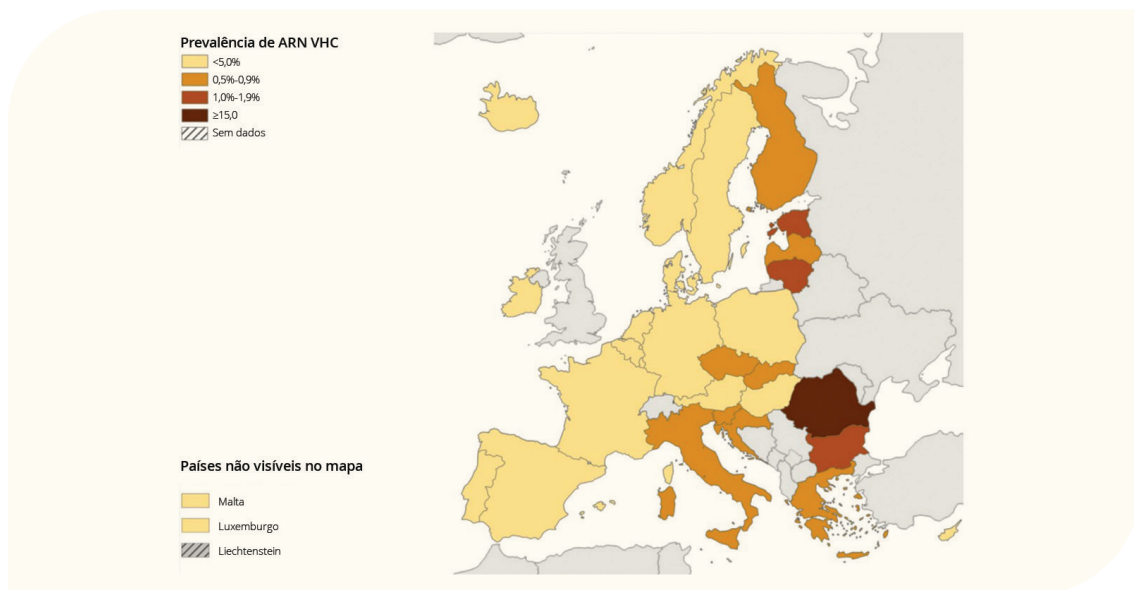


Figura 17. **Estimativas de prevalência de ARN VHC positivo a população geral, em países da UE/EEE,**

Nota: com base em estimativas agrupadas de prevalência

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Estima-se, ainda, que cerca de um terço de todos os casos de hepatite C crónica esteja associado à utilização de drogas injetáveis, apesar de existir uma variação geográfica apreciável, com uma maior proporção nos países do norte da Europa (70,0%) e uma menor proporção nos países do sul (19,4%) (Figura 18).<sup>16</sup>



Uma das metas interinas da OMS definidas até 2025 é a distribuição de 200 kits de equipamento de injeção esterilizado por UDI, por ano. Dos países europeus, 17 reportaram dados que variam entre a distribuição de 0,05 kits por UDI por ano e a distribuição de 523 kits por UDI por ano. Apenas cinco países cumprem a meta interina definida. Em Portugal foram distribuídos 86 kits por UDI, não se atingindo a meta interina definida (Figura 20).<sup>16</sup>

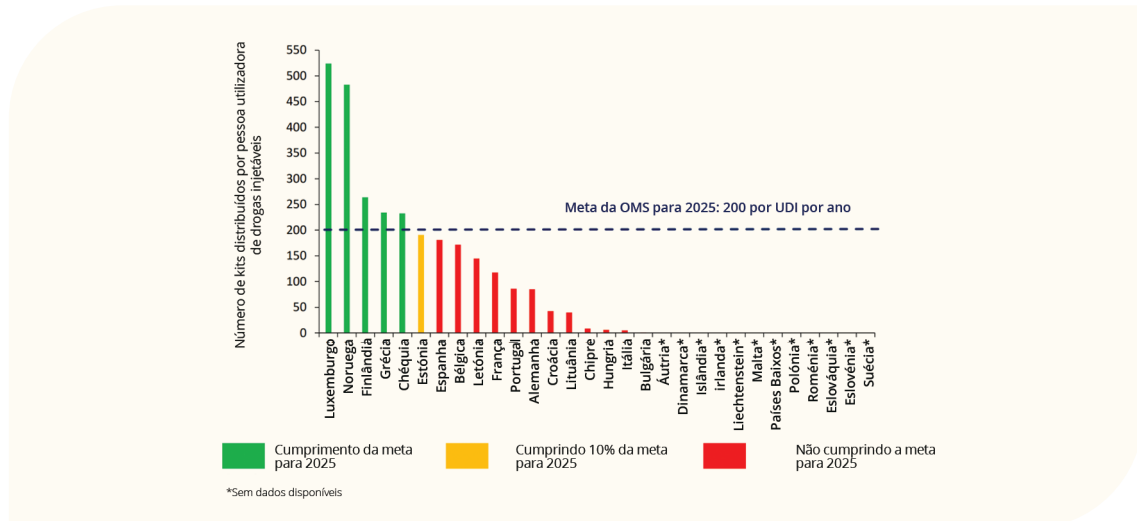


Figura 20. **Número de kits de equipamento de injeção esterilizado distribuídos por UDI, UE/EEE, por ano, 2021 (ou último ano com dados)**

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Outra das metas interinas recomendadas é que, pelo menos 40% dos UDI estejam sob tratamento de substituição com opióides. Vinte e três países reportaram esses dados, com valores entre os 10% e os 90% (mediana 52%). Portugal atinge essa meta, sendo um exemplo internacional de boas práticas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, com 64% dos UDI sob tratamento de substituição com opióides (Figura 21).<sup>16</sup>

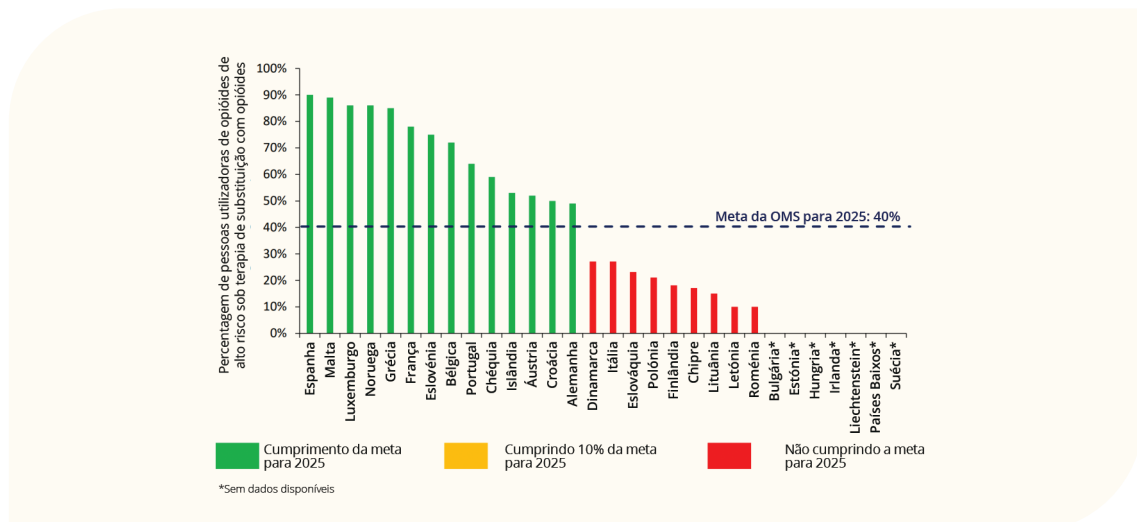


Figura 21. **Proporção de pessoas utilizadoras de opióides de alto risco sob terapia de substituição com opióides, UE/EEE, 2021 (ou último ano com dados disponíveis)**

Fonte: ECDC<sup>16</sup>

Tanto na hepatite B como na hepatite C, os dados epidemiológicos europeus revelam problemas de qualidade, incluindo completude, acessibilidade, granularidade, consistência, exatidão, precisão, comparabilidade e interoperabilidade. As lacunas nos dados dificultam a monitorização do cumprimento das metas interinas para 2025 e das metas globais para 2030 e, em última análise, comprometem a eliminação das hepatites virais. O ECDC urge aos Estados-Membros que a melhoria da qualidade dos sistemas de monitorização e de vigilância deve ser uma prioridade.<sup>16</sup>

No entanto, de acordo com os dados disponíveis, vários países poderão não alcançar algumas das metas interinas de prevenção das hepatites virais, definidas pela OMS para 2025. Atualmente, a cobertura da vacina contra o VHB nos países da UE/EEE é subótima, tanto na vacinação universal de crianças como entre as populações-chave e grupos vulneráveis a contraírem a infeção. Programas que se foquem na transmissão vertical de infeções devem ser dotados de maior capacidade para recolha e análise de informação. Tendo em conta a elevada carga de doença provocada por estas infeções nos UDI, é urgente reforçar e alargar os serviços de prevenção e testagem para esta população, uma vez que os dados apontam para uma implementação subótima de programas e serviços dirigidos a esta população, em vários países da UE/EEE.

## I.II. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

As hepatites virais (com exceção da hepatite Delta) constituem doenças de notificação obrigatória (DNO), estando assim abrangidas pela rede de informação e comunicação estabelecida pelo sistema nacional de vigilância epidemiológica (SINAVE).<sup>19</sup>

Os dados de vigilância epidemiológica sobre hepatites A, B (incluindo a Delta), C e E foram obtidos a partir da plataforma informática de suporte ao SINAVE. Destaca-se que os dados referentes ao ano de 2023 são ainda provisórios.

Verifica-se, em todas as hepatites alvo de notificação obrigatória, um aumento do número total de casos confirmados na plataforma de apoio SINAVE de 2022 para 2023, particularmente da hepatite A (um aumento de 25%) e da hepatite C (um aumento de 19%). Este aumento poderá ser justificado, em parte, pelo surto de hepatite A e pelo potencial aumento de consciencialização para a importância do rastreio de hepatites, pelo menos uma vez na vida (Quadro I).

Relativamente ao aparente aumento do número de casos confirmados para a hepatite C, atingindo-se em 2023 valores similares aos pré-pandémicos, poderá uma das explicações estar na plena retoma da atividade assistencial. Os casos confirmados para a hepatite B, apesar do discreto aumento face a 2022, não apresentam ainda valores similares aos pré-pandémicos. Todavia, dado o aumento de casos a nível europeu, o curso indolente da hepatite B e uma maior literacia sobre esta doença, é expectável que nos próximos anos se verifique um aumento do número de casos de hepatite B, alguns ainda referentes a infeções contraídas no período da pandemia COVID-19.

Dos casos confirmados de hepatite B notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE em 2023, registam-se ainda 3 casos com superinfeção/coinfeção VHD conhecida (1,67%). Os dados sugerem que a hepatite Delta está subnotificada, quando se comparam estes valores com os dados de prevalência dos centros hospitalares portugueses (apresentados noutra secção). Isto enfatiza que devem ser exploradas alternativas à notificação da hepatite Delta e, sempre que possível, fazer constar do formulário de notificação e do inquérito epidemiológico da hepatite B disponibilizados na plataforma informática de suporte ao SINAVE informação sobre o VHD.

Verifica-se, para todas as hepatites virais de notificação obrigatória, que se mantém a tendência, ao longo dos anos, de uma maior proporção de casos confirmados no sexo masculino (em 2023: 70% dos casos de

hepatite A, 67% dos casos de hepatite B, 75% dos de hepatite C, 74% dos de hepatite E). Ressalva-se, ainda, que a informação relativa à forma de apresentação da hepatite (aguda ou crónica) e relativa à provável via de transmissão têm qualidade insuficiente, por problemas de inconsistência e inexatidão dos dados apresentados nas notificações, sugerindo-se uma maior aposta no cruzamento da informação com dados laboratoriais que sustentem a classificação.

O SINAVE permite não só identificar situações consideradas de risco ou risco potencial, como também proceder ao tratamento dos dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em Saúde Pública, além de promover a monitorização contínua da ocorrência de DNO em Portugal. Assenta num modelo colaborativo entre os médicos notificadores, as Autoridades de Saúde (AS), as Unidades de Saúde Pública, os laboratórios e todas as entidades do setor público, privado e social que constituem o sistema de saúde português.

Importa sensibilizar todos os profissionais de saúde para a obrigatoriedade da notificação, clínica e laboratorial, e para a sua importância, enquanto base do conhecimento epidemiológico tão necessário à definição de estratégias de intervenção adequadas. A qualidade da informação das notificações, a aposta na intervenção das equipas locais de Saúde Pública, aproveitando-se a oportunidade que o modelo de integração de cuidados das ULS oferece na resposta ao utente, à sua família e à sua comunidade, deverão ser tidas em consideração para o desenvolvimento futuro de ferramentas de vigilância epidemiológica.

**Quadro I. Número de casos confirmados em Portugal notificados em SINAVE e taxa de notificação por 100.000 habitantes, por hepatite viral e por sexo, 2015 - 2023**

Ano		Hepatite A			Hepatite B			Hepatite C			Hepatite E
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	T**
2015	Casos confirmados	15	14	29	78	47	125	131	61	192	1
	Notificação / 100.000 hab.	0,3	0,3	0,3	1,6	0,9	1,2	2,7	1,1	1,9	0,0
2016	Casos confirmados	30	23	53	112	69	181	217	60	277	2
	Notificação / 100.000 hab.	0,6	0,4	0,5	2,3	1,3	1,7	4,4	1,1	2,7	0,0
2017	Casos confirmados	541	100	641	113	62	175	212	65	277	16
	Notificação / 100.000 hab.	11,0	1,8	6,2	2,3	1,1	1,7	4,3	1,2	2,7	0,2
2018	Casos confirmados	60	22	82	106	70	176	145	47	192	15
	Notificação / 100.000 hab.	1,2	0,4	0,8	2,2	1,3	1,7	3,0	0,9	1,9	0,1
2019	Casos confirmados	23	20	43	132	88	220	173	55	228	14
	Notificação / 100.000 hab.	0,5	0,4	0,4	2,7	1,6	2,1	3,5	1,0	2,2	0,1
2020	Casos confirmados	9	11	20	76	53	129	117	43	160	11
	Notificação / 100.000 hab.	0,2	0,2	0,2	1,5	1,0	1,2	2,4	0,8	1,5	0,1
2021	Casos confirmados	7	6	13	79	59	138	114	34	148	10
	Notificação / 100.000 hab.	0,1	0,1	0,1	1,6	1,1	1,3	2,3	0,6	1,4	0,1
2022	Casos confirmados	17	13	30	102	77	179	139	50	189	18
	Notificação / 100.000 hab.	0,3	0,2	0,3	2,0	1,4	1,7	2,8	0,9	1,8	0,2
2023*	Casos confirmados	28	12	40	120	60	180	175	58	233	23
	Notificação / 100.000 hab.	0,6	0,2	0,4	2,4	1,1	1,7	3,5	1,0	2,2	0,2
<b>Total</b>	<b>Casos confirmados</b>	<b>730</b>	<b>221</b>	<b>951</b>	<b>918</b>	<b>585</b>	<b>1503</b>	<b>1423</b>	<b>473</b>	<b>1896</b>	<b>110</b>

\* Dados provisórios

\*\* Para assegurar o segredo estatístico, apenas se apresenta o valor total para ambos os sexos

M – sexo masculino; F – sexo feminino; T – total para ambos os sexos

Fonte: SINAVE e INE (para o cálculo da notificação foi utilizado como denominador a estimativa da população residente do INE, em cada ano)

### I.III. Prevalência e Incidência de Hepatite B, Hepatite Delta e Hepatite C

Os últimos dados de prevalência nacional dizem respeito aos inquéritos serológicos nacionais 2015 – 2016 realizados pelo INSA. Nessa data, a prevalência estimada para hepatite B crónica, pela presença de AgHBs positivo, foi de 0,4% (6 em 2.959). Cerca de 40% da população estudada apresentavam anti-HBs positivo (1.402 em 2.959). Para a hepatite C, a prevalência estimada foi de 0,3% (11 em 2.582).<sup>20</sup>

Volvidos quase dez anos desde a realização dos inquéritos serológicos, sugere-se a realização de estudos mais recentes que contribuam para o conhecimento atual da prevalência nacional das hepatites.

#### Hepatite Delta

Relativamente à hepatite Delta, os dados disponíveis de Portugal reportam a 2023, com inclusão de três centros hospitalares portugueses (ULS Amadora Sintra, ULS São João e ULS São José) com uma seroprevalência de 6,3% do VHD em 1.441 pessoas que vivem com hepatite B, com uma prevalência muito superior na região sul em relação à região norte (8,3% e 3,4%, respetivamente).<sup>21</sup>

No que diz respeito às pessoas que vivem com o VIH, dados de 10 estabelecimentos hospitalares nacionais, identificaram 87 indivíduos que vivem concomitantemente com VHB/VHD, dos quais cerca de 20% são acompanhados nas regiões norte e centro e os restantes na região sul, sobretudo em Lisboa e Vale do Tejo, sendo o sexo masculino predominante (75%), com média de idades de 50 anos. Portugal é o país de origem de 49,1% dos casos, África representou 49,1% (em especial Guiné-Bissau). A utilização de drogas no passado, foi a principal via de transmissão, sobretudo em indivíduos do sexo masculino com naturalidade portuguesa. A via de transmissão relacionada com a atividade sexual foi referida na transmissão de casos de hepatite Delta naturais de África, havendo nestes últimos uma proporção equitativa entre sexos (50%/50%). Avaliado o grau de fibrose nos casos em que foi possível aceder a estes dados, verificou-se que 43% dos indivíduos tinham um grau avançado de fibrose (F3-F4).<sup>22</sup>

#### Rastreio de Hepatite C na Madeira

O Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) implementou, em janeiro 2020, um rastreio de hepatite C dirigido a todos os utentes com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos que colham sangue numa das unidades públicas do SESARAM que engloba 50 das unidades deste serviço (3 hospitais e 47 centros de saúde) para uma população alvo de 254.000 habitantes. As amostras são todas processadas no laboratório do Hospital Central do Funchal.

Este rastreio abrange os utentes que são avaliados e que necessitem de uma colheita de sangue no serviço de urgência hospitalar, serviços de urgências periféricos dos Centros de Saúde, internamentos hospitalares, consultas externas hospitalares ou consultas em cuidados de saúde primários.

De janeiro 2020 a dezembro 2023, foram rastreados um total de 44.784 utentes, dos quais 198 (0,4%) com teste reativo para anti-VHC. Destes, foram identificados um total de 64 pessoas que vivem com com infeção crónica por VHC que foram encaminhados para consulta de Gastroenterologia ou Infeciologia para início de terapêutica. Estes resultados excluem os pedidos clínicos de anticorpos das hepatites víricas que demonstraram uma proporção de infeções ativas superior, relativamente ao método anterior (total de 98 em período homólogo). Em 2023, foram rastreados 12.363 utentes, permitindo o diagnóstico de 17 novos casos.

O serviço de urgência hospitalar é o local de rastreio onde se verifica a maior seroprevalência de VHC desde o início do programa, nomeadamente de 0,64%, permitindo o diagnóstico de 49 infeções crónicas por VHC.

## I.IV. Surto de Hepatite A (2023-2024)

Portugal é classificado como um país de baixa endemicidade para a hepatite A, apresentando de forma recorrente valores anuais inferiores a 1 caso confirmado por 100.000 habitantes. Excetua-se a esta tendência o surto de hepatite A de 2016 a 2018 que afetou predominantemente o grupo de GBHSH. Este surto teve início em 2016, envolvendo 16 países europeus, incluindo Portugal, confirmando-se 1.400 casos de hepatite A na Europa.

Em janeiro de 2024, através do SINAVE, detetou-se o aumento do número de casos de hepatite A em Portugal, numa média de 5-6 casos por semana (superior à média semanal de 0,5 casos nos quatro anos anteriores) com aparente início no final de 2023. Neste âmbito, a DGS constituiu uma Equipa de Gestão e Resposta ao alerta da Hepatite A, liderada pela Autoridade de Saúde Nacional, através do CESP, integrando elementos do PNHV, PNISTVIH, PNV, DSIA, DSPDPS, bem como o INSA/Laboratório de Referência Nacional para Hepatites. Esta equipa é responsável pela avaliação técnica e clínica do alerta, caracterização epidemiológica e laboratorial da sua evolução, elaboração de recomendações acerca das medidas de saúde pública adequadas e comunicação nacional e internacional da informação relacionada com o alerta.

A investigação epidemiológica subsequente identificou 125 casos confirmados de Hepatite A, entre 7 de outubro de 2023 e 7 de julho de 2024 (dados provisórios). A maioria destes casos tinha entre os 18-44 anos de idade (80%), era do sexo masculino (85%), e da região de Lisboa e Vale do Tejo (70%). Identificou-se como fonte provável de transmissão a atividade sexual em 44% dos casos, a contaminação alimentar/água em 16%, o contacto próximo em 7% e em 33% dos casos não foi possível identificar a via de transmissão.

Entre os 106 casos do sexo masculino, 47 (44,3%) foram reportados como GBHSH. Foi realizada genotipagem molecular em 44 dos 125 casos confirmados e verificou-se que 25 dos casos apresentavam uma estirpe de hepatite A idêntica a uma das estirpes que circulou no surto europeu de 2016-2018. Estes dados podem apontar para uma possível circulação do vírus da hepatite A em níveis baixos, particularmente entre GBHSH, que passaram despercebidos desde 2018.<sup>23</sup> Reforça-se, assim, a necessidade de melhorar os esforços nacionais e internacionais de vigilância epidemiológica, clínica e molecular de hepatite A, em grupos vulneráveis.

Dos casos confirmados, cinco apresentavam, pelo menos, uma inoculação da vacina contra a hepatite A. Apesar dos dados sobre a vacinação contra a hepatite A desagregados em em populações-chave e grupos vulneráveis serem escassos, como nos GBHSH, reforça-se a importância de promover a vacinação neste grupo. De acordo com o PNV, a vacinação contra a hepatite A está recomendada em contexto de pré-exposição a HSH, pessoas que vivem com VIH e viajantes com destino a países de elevada endemicidade de VHA. Devem ser estudadas as possíveis barreiras à vacinação nestes grupos, como o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e utentes sobre a importância da vacinação nestes grupos, o custo da prescrição da vacina para o utente ou barreiras de acesso à vacinação.

A Equipa de Gestão e Resposta ao Alerta da DGS continua a monitorizar a situação epidemiológica e evolução do surto, mantendo uma ligação permanente com instituições nacionais e internacionais, prosseguindo a vigilância epidemiológica e laboratorial dos casos, a atualização da informação, e a adoção/reforço de medidas de prevenção e controlo.

## I.V. Hemodiálise e diálise peritoneal

A vigilância da saúde, através da realização periódica de testes em contexto de hemodiálise, é fundamental para o diagnóstico atempado das hepatites B e C, para adequada referência para o tratamento e para a microeliminação da hepatite C nesta população.

Os dados disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) espelham o constante escrutínio por parte dos Centros de Hemodiálise para as hepatites virais. Os dados mais recentes disponíveis referem-se ao ano de 2022 e revelam a existência de 1,41% de pessoas portadoras de AgHBs e de 0,28% de pessoas com anti-VHC e ARN VHC positivos, no universo de utentes em hemodiálise. Quando se analisa a situação relativamente a utentes em diálise peritoneal, constata-se a existência de 0,79% de pessoas portadoras de AgHBs e 0% com anti-VHC e ARN VHC positivos. O número total de utentes em diálise e diálise peritoneal com anti-VHC e ARN VHC simultaneamente positivos, reduziu de 160 em 2017 para 36 em 2022 (Quadro II).

Contrariamente, o número de novos doentes em hemodiálise que apresentam anti-VHC positivo em 2022, situou-se em 21 (0,16%), apresentando um ligeiro aumento nos últimos anos (2017 – 0,13%; 2020 – 0,14%; 2021 – 0,14%).

Quadro II. **Prevalência de hepatite B e C em utentes/pessoas em hemodiálise e diálise peritoneal, 2017-2022**

		Utentes/ /Pessoas prevalentes	VHB com AgHBs+	anti-VHC + ARN VHC +	anti-VHC + ARN VHC -	Nº de utentes/ /pessoas c/ seroconversão	Nº Novos utentes/ /pessoas c/ anti-VHC +
2017	Hemodiálise	11985	142	149	128	119	15
	Diálise peritoneal	756	10	11	1	1	2
2018	Hemodiálise	12227	144	99	266	82	16
	Diálise peritoneal	787	12	10	2	1	4
2019	Hemodiálise	12523	171	68	283	49	10
	Diálise peritoneal	852	9	8	3	1	2
2020	Hemodiálise	12458	166	43	282	20	17
	Diálise peritoneal	878	9	2	9	1	1
2021	Hemodiálise	12601	176	42	294	19	18
	Diálise peritoneal	886	5	1	9	2	1
2022	Hemodiálise	12878	182	36	313	7	21
	Dialise Peritoneal	881	7	0	7	2	0

Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## I.VI. Dádivas de sangue

Todas as dádivas de sangue são estudadas para avaliação de infeções por VHB, VHC, VIH 1 e 2, sífilis, e, para dadores de primeira vez, também se estuda HTLV 1 e 2. Em determinados contextos epidemiológicos, por exemplo viagens recentes, os estudos analíticos podem ser alargados. Sempre que o resultado destes estudos estiver alterado ou for positivo, a pessoa dadora é informada, sendo a unidade de sangue inutilizada.

O perfil epidemiológico da pessoa dadora de sangue, apesar de não constituir um retrato completo da população portuguesa e não nos informar sobre a cronicidade dos casos estudados, pode dar algumas pistas importantes sobre a evolução das hepatites virais no nosso país.

Verifica-se que a maioria das pessoas dadoras com rastreio positivo para hepatite B (AgHBs+) e para hepatite C (anti-VHC) são dadores de sangue pela primeira vez. Verifica-se um aumento do número de rastreios positivos para hepatite B de 6 em 2021, para 23 em 2023, o que corresponde a uma positividade para a hepatite B de 11,1 em cada 100.000 dadores, valores similares aos pré-pandémicos. Para a hepatite C, o número de rastreios positivos tem sido consistente desde 2019, o que traduz em 2023 uma positividade para a hepatite C de 7,7 por cada 100.000 dadores (Figura 22 e Quadro III). O facto da maior parte dos dadores com rastreio

positivo serem dadores de sangue pela primeira vez reforça a importância de todos os adultos conhecerem o seu estado serológico e realizarem o teste das hepatites virais pelo menos uma vez na vida e destaca o papel do IPST no rastreio e encaminhamento destes utentes para os cuidados de saúde.

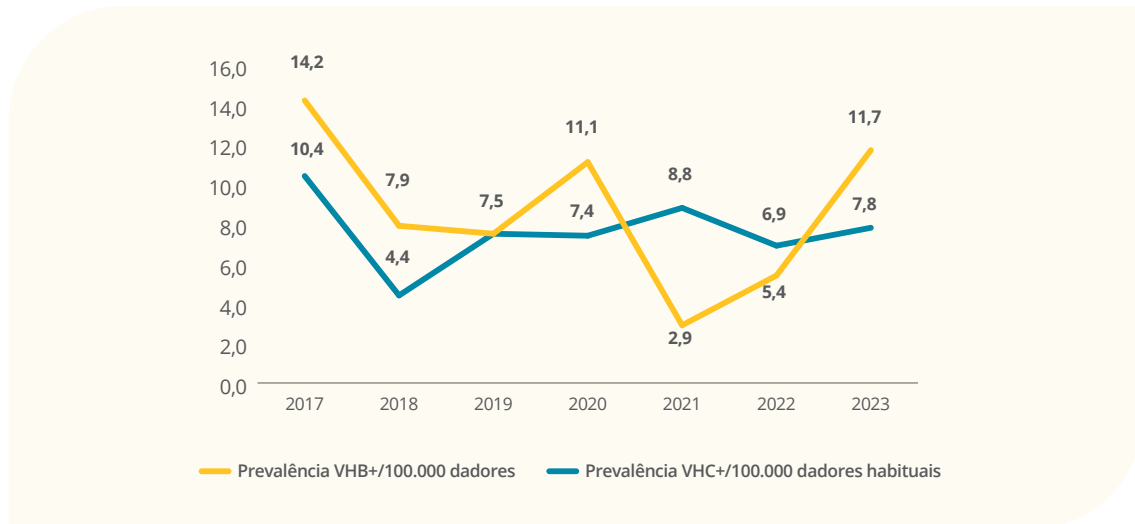


Figura 22. **Prevalência de hepatites virais por 100.000 pessoas dadoras de sangue, 2017-2023**

Fonte: IPST

Analisando apenas o número de rastreios positivos em pessoas dadoras de sangue habituais, verifica-se uma taxa de incidência tendencialmente baixa, apesar de em 2023 se terem detetado 2 casos de AgHBs+ e 4 casos anti-VHC em dadores habituais (Figura 23 e Quadro III), o que reforça a importância e o papel do IPST na garantia de qualidade e segurança das dádivas de sangue e o encaminhamento adequado destes utentes para seguimento clínico, numa perspetiva de integração de cuidados. Apesar de serem números muito pequenos, destaca-se com esta casuística a importância de uma boa história clínica no acompanhamento de utentes que já tenham realizado pelo menos uma vez o teste das hepatites virais para aferir potenciais comportamentos de risco e a necessidade de repetição dos testes, caso se justifique para diagnóstico diferencial, nomeadamente por alteração de outras provas analíticas hepáticas (nomeadamente ALT/AST).

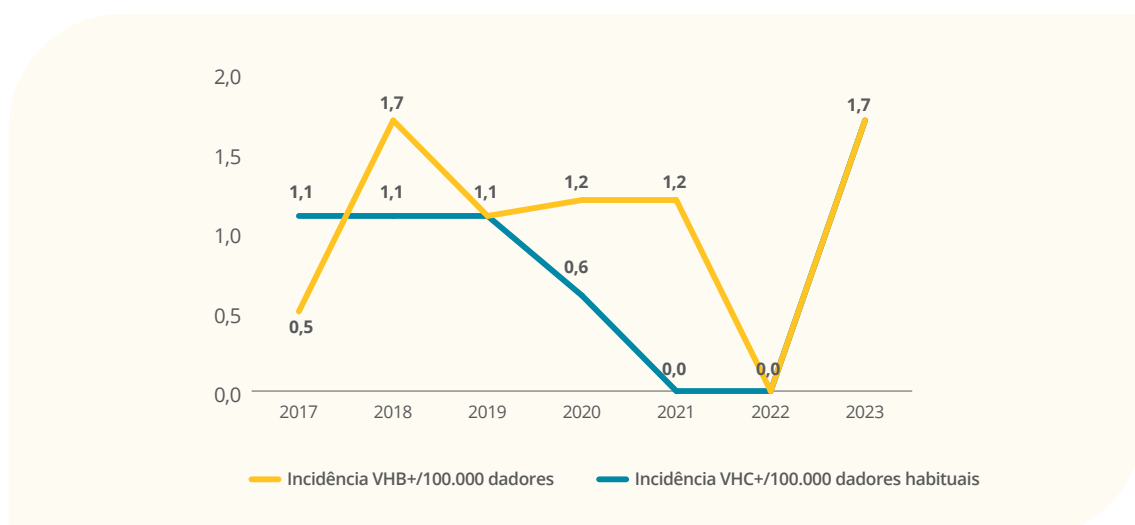


Figura 23. **Incidência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue habituais, 2017-2023**

Fonte: IPST

Quadro III. **Total de pessoas dadoras com rastreio positivo de VHB e VHC, por dadores de primeira vez ou habituais, por ano, 2017-2023**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Total de dadores VHB+</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>24</b>
Total de dadores 1ª vez VHB+	28	14	13	20	6	11	21
Total de Dadores habituais VHB+	2	2	2	1	0	0	3
<b>Total de dadores VHC+</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>16</b>
Total de dadores 1ª vez VHC+	21	6	13	12	16	14	13
Total de Dadores habituais VHC+	1	3	2	2	2	0	3
<b>Total de dadores</b>	<b>211.033</b>	<b>203.177</b>	<b>200.556</b>	<b>188.601</b>	<b>204.088</b>	<b>203.287</b>	<b>205.354</b>
Total de dadores 1ª vez	25.824	24.646	24.987	27.034	34.537	32.930	32.739
Total de dadores habituais	185.209	178.531	175.569	161.567	169.551	170.357	172.615

Fonte: IPST

## I.VII. Dádivas de órgãos

O IPST também faz vigilância dos órgãos sólidos utilizados em dádivas de órgãos. Desde 2017 que a incidência de VHB por 100 dadores de órgãos tem sido igual a 0. Para a hepatite C, o valor máximo registado foi em 2020, correspondendo a uma incidência de 1,6 casos por 100 dadores de órgãos sólidos, num total quatro casos detetados em dadores de órgãos. Em 2023 registou-se uma incidência de 0,8 casos de hepatite C por 100 dadores de órgãos sólidos, num total três casos detetados em dadores de órgãos (Quadro IV).

Quadro IV. **Número de casos de hepatites B e C no universo de pessoas dadoras de órgãos, 2017-2023**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Total de dadores VHB+</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Rim	0	0	0	0	0	0	0
Fígado	0	0	0	0	0	0	0
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total de dadores VHC+</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Rim	0	1	3	4	2	0	2
Fígado	0	0	1	2	0	1	1
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total de dadores</b>	<b>361</b>	<b>344</b>	<b>347</b>	<b>253</b>	<b>302</b>	<b>318</b>	<b>375</b>
<b>Incidência VHB+/100 dadores</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Incidência VHC+/100 dadores</b>	0,0	0,3	0,9	1,6	0,7	0,3	0,8

Fonte: IPST

Nota: A soma das linhas pode não ser igual ao total de dadores VHB/VHC+ por causa da transplantação múltipla

O número de transplantes hepáticos tem aumentado nos últimos anos, apresentando em 2023 valores compatíveis com os valores pré-pandémicos (Figura 24). Destaca-se que em 2023 foram ainda realizados 4 transplantes múltiplos de rim e fígado. Os três centros hospitalares especializados em transplante hepático são as atuais ULS de Santo António, ULS Coimbra e ULS São José.

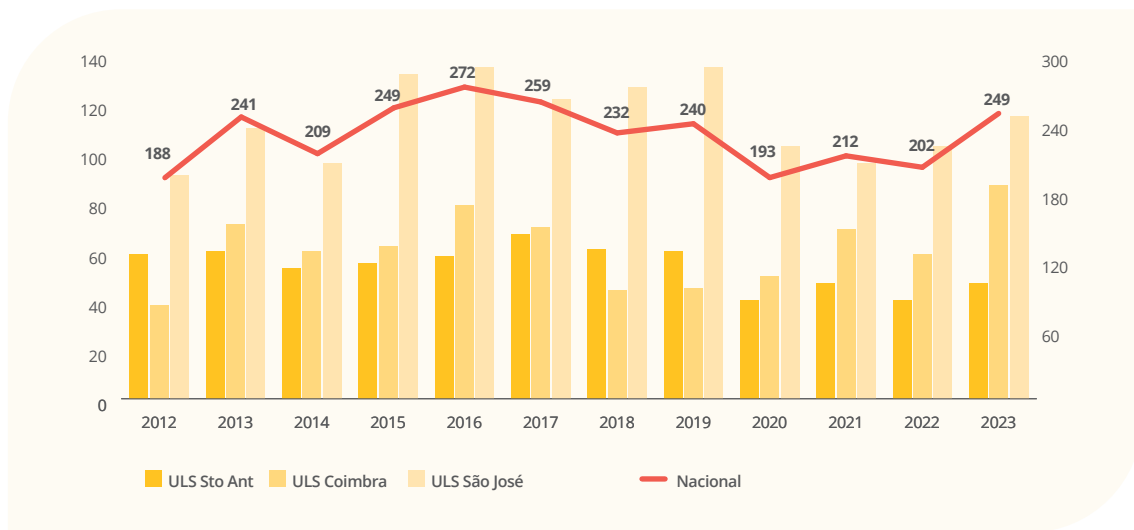


Figura 24. **Número de transplantes hepáticos, 2013-2023**

Fonte: IPST<sup>24</sup>

Dentro do universo dos transplantados hepáticos, alguns casos apresentavam hepatite B crónica ou hepatite C crónica. Destes, a maioria refere-se a casos de hepatite C, sendo que o número de pessoas que vivem com Hepatite C transplantadas, por 100 transplantados de fígado tem vindo a diminuir de 16,8 em 2018 para 10,8 em 2023, correspondendo, respetivamente, a 39 e 27 casos. No que toca à hepatite B, o valor máximo registado foi de 7,3 pessoas que vivem com hepatite B transplantadas por 100 transplantados do fígado em 2018, correspondendo a 17 casos. Já em 2023, apenas se transplantaram oito pessoas que vivem com hepatite B crónica, ou seja 3,2 casos de hepatite B transplantados por 100 transplantados do fígado. A informação relativa ao número de casos relacionados com carcinomas hepatocelulares depende de notificação voluntária, pelo que nem sempre é possível compilar (Quadro V).

Quadro V. **Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2023**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos de Hepatite B Transplantados	ND	17	7	11	8	6	8
Casos de Hepatite C Transplantados	ND	39	39	21	24	21	27
<b>Total de transplantados (Fígado)</b>	<b>259</b>	<b>232</b>	<b>240</b>	<b>193</b>	<b>212</b>	<b>202</b>	<b>249</b>
Carcinomas hepatocelulares	ND	32	ND	ND	ND	ND	ND
Incidência VHB+/100 transplantados	ND	7,3	2,9	5,7	3,8	3,0	3,2
Incidência VHC+/100 transplantados	ND	16,8	16,3	10,9	11,3	10,4	10,8

Fonte: IPST

## I. VIII. Pessoas que utilizam substâncias psicoativas

Os dados do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) revelam que em 2023 estavam registados e ativos no sistema de registo clínico eletrónico único e de utilização universal (denominado SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar), 43.981 utentes ativos distintos nas estruturas de tratamento de pessoas com comportamentos aditivos.

Os dados disponíveis mostram que a prevalência de AgHBs é de 1,16% entre 4.515 utentes ativos consumidores de substâncias ilícitas (injetáveis ou não). Quando se analisam os dados por sexo, a prevalência é menor entre o sexo feminino (0,56%) quando comparado com o sexo masculino (1,28%). No que diz respeito à hepatite C, a prevalência de anti-VHC é mais elevada (16,45% em 8.043 utentes), sendo superior no sexo masculino (17,16%), em comparação com o sexo feminino (12,71%).

Quando se comparam os dados com os dos anos anteriores, parece manter a tendência decrescente nas proporções de resultados reativos para anti-VHC e AgHBs nesta população.

## I.IX. Internamentos

Em relação aos internamentos associados a hepatites virais, apresenta-se os dados disponibilizados pela plataforma BIMH, relativos a episódios codificados pelos hospitais (em CID9 CM ou CID10 M/PCS). Os dados relativos a episódios com alta no ano 2023 poderão vir a ser atualizados porque a codificação desses episódios ainda não está concluída.

De referir que são apresentados apenas os internamentos que têm como diagnóstico principal hepatite B ou C crónica, não sendo considerados os diagnósticos secundários. Tendo em conta que múltiplos doentes podem ser internados por doença hepática crónica avançada descompensada, não é possível contabilizar quais destes internamentos têm como etiologia as hepatites virais crónicas. Também os internamentos por hepatites agudas não são apresentados. Deste modo, o número de internamentos por hepatites virais B e C crónicas nesta análise pode estar subestimado.

O número de internamentos por hepatites B e C crónicas tem vindo a diminuir na última década (no caso da hepatite B, desceu de 74 internamentos em 2013 para 16 em 2023 (Figura 25) e no caso da hepatite C, desceu de 228 internamentos em 2013 para 9 em 2023 (Figura 26)). A diminuição é mais significativa no caso da hepatite C crónica, em particular a partir de 2015, devido ao potencial de tratamento desta doença com antivirais de ação direta (AAD). Os valores dos internamentos para a hepatite B crónica permanecem estáveis desde o período pandémico, sendo necessário manter a vigilância sobre o potencial impacto da pandemia na gestão destes doentes, bem como a eventual influência dos fenómenos migratórios de pessoas oriundas de países com endemicidade para a hepatite B superior à de Portugal.

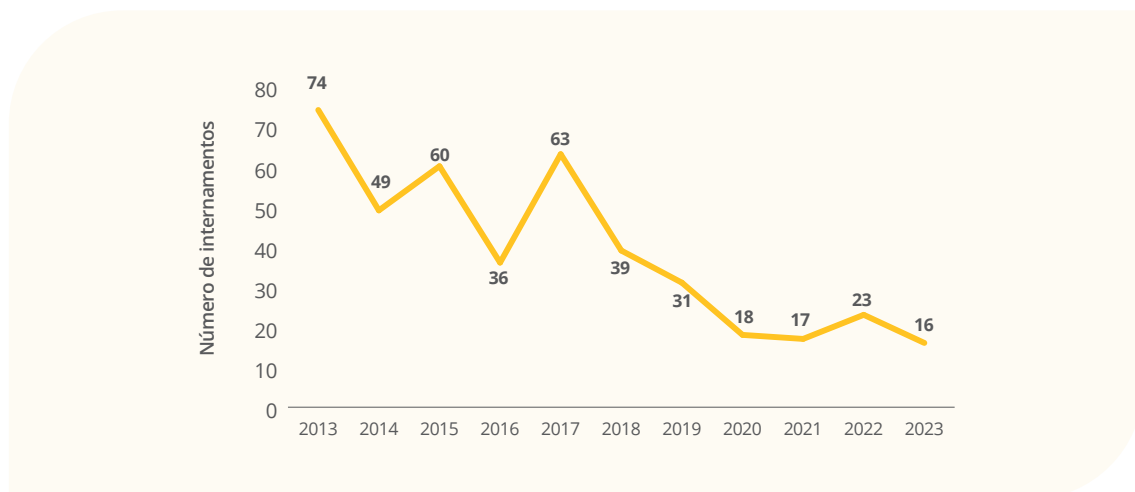


Figura 25. **Número de internamentos por hepatite B crónica em Portugal, 2013-2023**

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

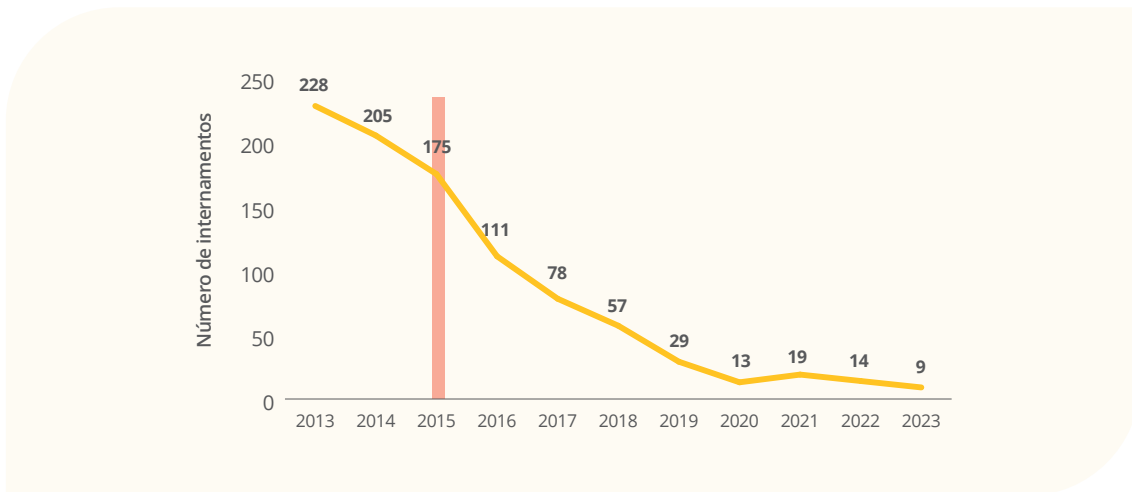


Figura 26. **Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, 2013-2023 (a vermelho assinala-se a introdução dos Antivirais de Ação Direta)**

Fonte: BIMH

## I.X. Mortalidade

Em 2022, de acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), morreram 2.716 pessoas em Portugal por doenças hepáticas e das vias biliares, nas quais se incluem 78 óbitos por hepatites virais, 342 óbitos por neoplasias malignas da vesícula biliar, 1.050 óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose hepática e 1.246 óbitos por neoplasias malignas do fígado e das vias biliares intra-hepáticas. Dentro dos óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose hepática, 597 óbitos foram classificados como doença hepática alcoólica, 453 como fibrose e cirrose hepática (Figura 27). Os óbitos por doenças hepáticas e das vias biliares totalizaram 2,18% do total de óbitos em Portugal no ano de 2022.

O verdadeiro impacto e efeitos de políticas de saúde na mortalidade é difícil de medir a curto prazo, particularmente no período pós-pandemia COVID-19. No entanto, parecem manter-se os valores pré-pandémicos de óbitos por neoplasias malignas do fígado, como o CHC, e por doenças crónicas do fígado, como a fibrose e cirrose hepática, e a doença hepática alcoólica.

Parece existir uma tendência favorável, face aos valores anteriores a 2020, no número de mortes diretamente provocadas por hepatites virais, o que pode traduzir os esforços de prevenção e tratamento contra as hepatites virais, particularmente B e C. No entanto, visto que uma importante proporção de doenças crónicas do fígado tem etiologia viral, estes bons resultados aparentes não devem descuidar as intervenções de saúde que visam prevenir, tratar e, no caso da hepatite C, alcançar a cura. Deste modo, uma proporção importante de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares são evitáveis, pela intervenção na hepatite B e C, evitando a progressão para fibrose ou cirrose hepática ou o aparecimento de neoplasias malignas do fígado como CHC. Destaca-se ainda o impacto na mortalidade de outro agente que provoca dano ao tecido hepático para além dos vírus das hepatites - o álcool. Também este é uma causa de mortalidade (e de morbilidade) evitável.

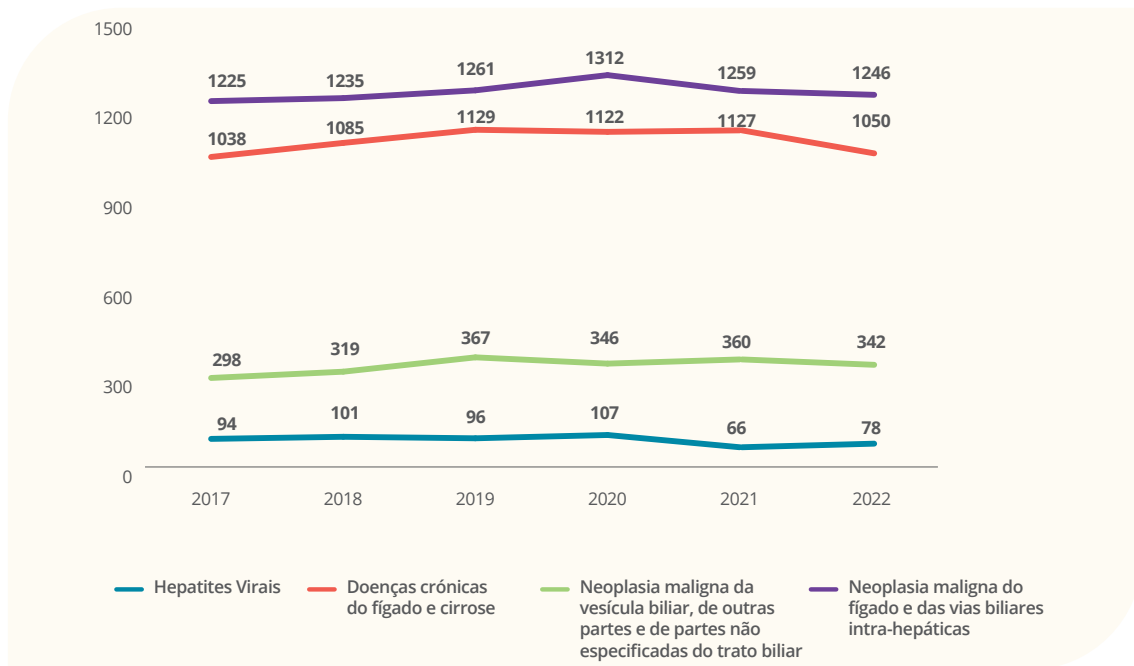


Figura 27. **Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, Portugal, 2017-2022**

Fonte: INE

Nota: A categoria "Doenças crónicas do fígado e cirrose" apresenta uma quebra de série face ao relatório de 2022, pois incluíram-se os óbitos de portugueses que residiram no estrangeiro, de modo a se poder apresentar a desagregação em doença hepática alcoólica e fibrose e cirrose hepática



## II. Atividades realizadas

Este capítulo descreve as atividades e as ações desenvolvidas, assim como os resultados alcançados por diferentes setores e organismos da sociedade portuguesa em 2023, em resposta às hepatites virais, no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento.

Destaca-se o ANEXO I sobre as intervenções nacionais no âmbito da microeliminação da hepatite C.

## II.I. Prevenção

### A. Vacinação

A vacinação é a medida de saúde pública mais eficaz para prevenir a infeção por VHA e VHB. A infeção por VHD não tem vacinação específica, mas pode ser prevenida através da vacinação contra a hepatite B. Apesar da vacinação contra a hepatite E ser utilizada em alguns países para o controlo de surtos, não se encontra disponível em Portugal. No caso da hepatite C, ainda não existe vacina que permita prevenir a sua infeção.

A vacinação contra a hepatite B é administrada a todas as crianças recém-nascidas, de acordo com o esquema recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV): 1ª dose ao nascimento, 2ª dose aos 2 meses de idade e 3ª dose aos 6 meses de idade. O esquema vacinal contra a hepatite B está recomendado iniciar antes dos 18 anos de idade e ser terminado em qualquer idade, pelo PNV. Todos os adultos nascidos  $\geq$  1980 devem completar o esquema vacinal contra o VHB, de acordo com o PNV, mas todos os adultos podem ser vacinados contra a hepatite B com prescrição médica. Adicionalmente, recomenda-se a vacinação a todos os grupos de risco.<sup>25</sup>

A história da vacinação contra o VHB é um caso de sucesso no nosso país, desde que foi incluída no PNV e, particularmente, desde que foi recomendada a sua administração ao nascimento, em 2000. Em 23 anos desta importante medida de saúde pública, Portugal conseguiu coberturas vacinais médias de 97,8%, tanto para a primeira como para a terceira dose. Desde a sua implementação que Portugal cumpre a meta interina da OMS de garantir a cobertura vacinal a 95% das crianças com três doses da vacina contra a hepatite B (Figura 28).

As elevadas coberturas vacinais atingidas no nosso território permitem-nos ter imunidade de grupo contra a hepatite B, o que contribui largamente para a reduzida incidência e prevalência desta doença. Reforça-se, no entanto, que devido ao crescente fluxo migratório, incluindo de países com uma elevada endemicidade de hepatite B e com menores coberturas vacinais contra a hepatite B\*, é importante que os vários níveis de cuidados de saúde estejam alerta para eventuais portadores do vírus ou pessoas não imunes contra a infeção por VHB.

\* Segundo as estimativas anuais da população residente em Portugal para 2022, as 10 nacionalidades estrangeiras mais prevalentes no nosso país (correspondentes a pouco mais de 5% do total da população em Portugal) são: Brasil (AgHbBs+: 0.48% e RNA+/cAg VHC+: 0.3%), Ucrânia (AgHbBs+: 3.4% e RNA+/cAg VHC+: 3.4%), Reino Unido (AgHbBs+: 0.17% e RNA+/cAg VHC+: 0.17%); dados baseados no País de Gales), Índia (AgHbBs+: 0.95% e anti-HCV: 0.32%), Itália (AgHbBs+: 0.68% e RNA+/cAg VHC+: 0.68%), Cabo Verde (AgHbBs+: 10.52% e RNA+/cAg VHC+: 0.75%), Angola (AgHbBs+: 8.2% e RNA+/cAg VHC+: 0.5%), França (AgHbBs+: 0.3% e RNA+/cAg VHC+: 0.3%), Nepal (AgHbBs+: 1.2% e RNA+/cAg VHC+: 0.37%), Roménia (AgHbBs+: 5.06% e RNA+/cAg VHC+: 0.72%) Estes dados são compilados pela *Coalition for Global Hepatitis Elimination*. (<https://www.globalhep.org/countryregions-data-dashboards>) De acordo com ECDC, a definição de endemicidade das hepatites virais crónicas é: Baixa: AgHbBs <2%, anti-VHC <1%; Intermédia: AgHbBs 2-7%; Alta: AgHbBs  $\geq$  8%, anti-VHC  $\geq$  1% (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/epidemiological-assessment-hepatitis-B-and-C-among-migrants-EU-EEA.pdf>)

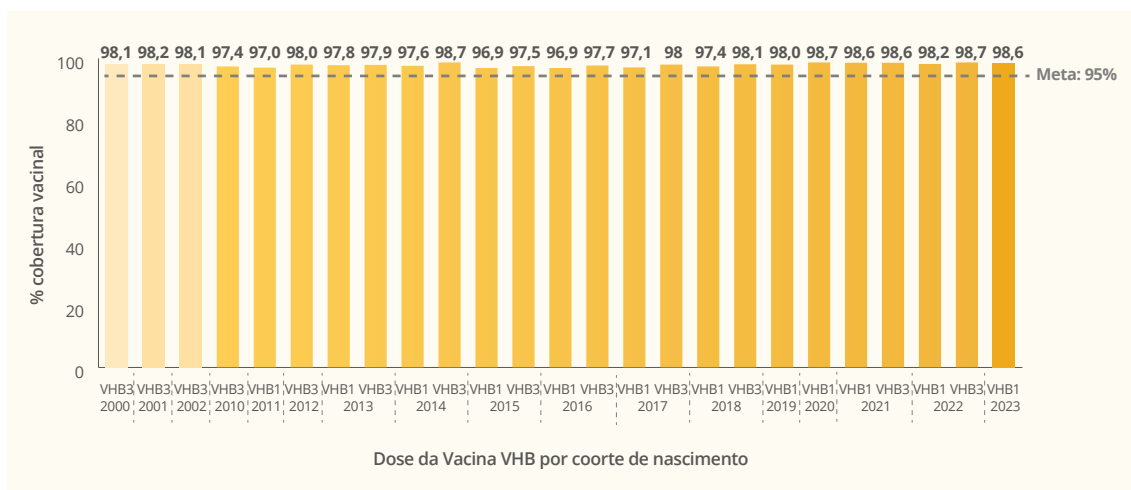


Figura 28. Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, 2000-2023, em Portugal

Fonte: PNV

A vacina contra a hepatite A não é recomendada por rotina pelo PNV, mas está recomendada em alguns grupos de risco, nomeadamente em contexto de pós-exposição (contactos de casos confirmados de hepatite A, tanto coabitantes, como contactos sexuais) e em contexto de pré-exposição (GBHSH, viajantes com destino a países endémicos para a hepatite A e pessoas que vivem com VIH).<sup>26</sup> Alguns grupos são ainda elegíveis para vacinação gratuita contra a hepatite A, ao abrigo do PNV, nomeadamente candidatos a transplante hepático e crianças sob terapêutica com fatores de coagulação derivados do plasma. Não sendo recomendada por rotina pelo PNV, não existem dados de coberturas vacinais contra a hepatite A. Todavia, tirando os anos mais impactados pela pandemia COVID-19, é possível apreciar um aumento constante do número total de inoculações com a vacina contra a hepatite A, desde 2015, potencialmente sustentada pelo aumento do número de viagens para países endémicos e pelo aumento da perceção de risco por GBHSH (Figura 29).

Com a globalização e com o potencial aumento de situações pós-exposição (ainda que Portugal permaneça um país de baixa endemicidade para a hepatite A), é expectável que o número total de inoculações com vacinas contra a hepatite A continue a aumentar nos próximos anos. É importante reforçar a capacidade, especialmente das equipas de CSP, de identificar os grupos vulneráveis que beneficiam da vacinação contra a hepatite A.

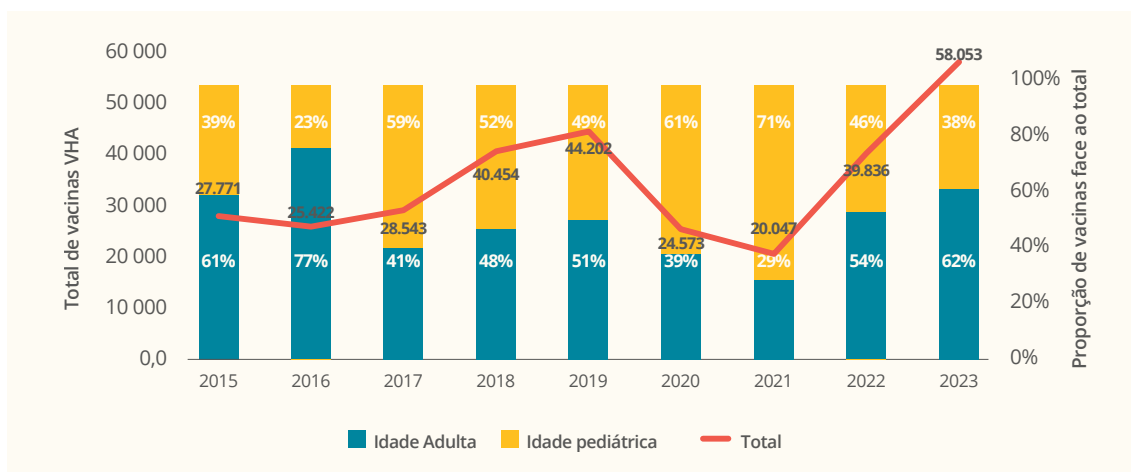


Figura 29. Número total de inoculações de vacina contra a hepatite A e proporção por grupo (idade adulta ou pediátrica), Portugal Continental, 2015-2023

Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

## B. Programa Troca de Seringas

O Programa de Troca de Seringas (PTS) “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” continua a ser uma das medidas mais robustas de prevenção da transmissão do vírus da hepatite C, entre pessoas que utilizam drogas por via injetada. Criado em 1993, disponibiliza gratuitamente material para consumo de drogas por via injetada e promove a recolha de agulhas e seringas usadas, evitando a troca de seringas entre utilizadores e permitindo a diminuição do tempo de retenção. Entre outubro de 1993 e 31 de dezembro de 2023, o PTS distribuiu 64.927.874 seringas, numa média anual de 2.094.448 seringas, verificando-se, no entanto, uma tendência decrescente entre 2013 e 2023, com uma média anual de 1.040.669 seringas distribuídas (Figura 30).

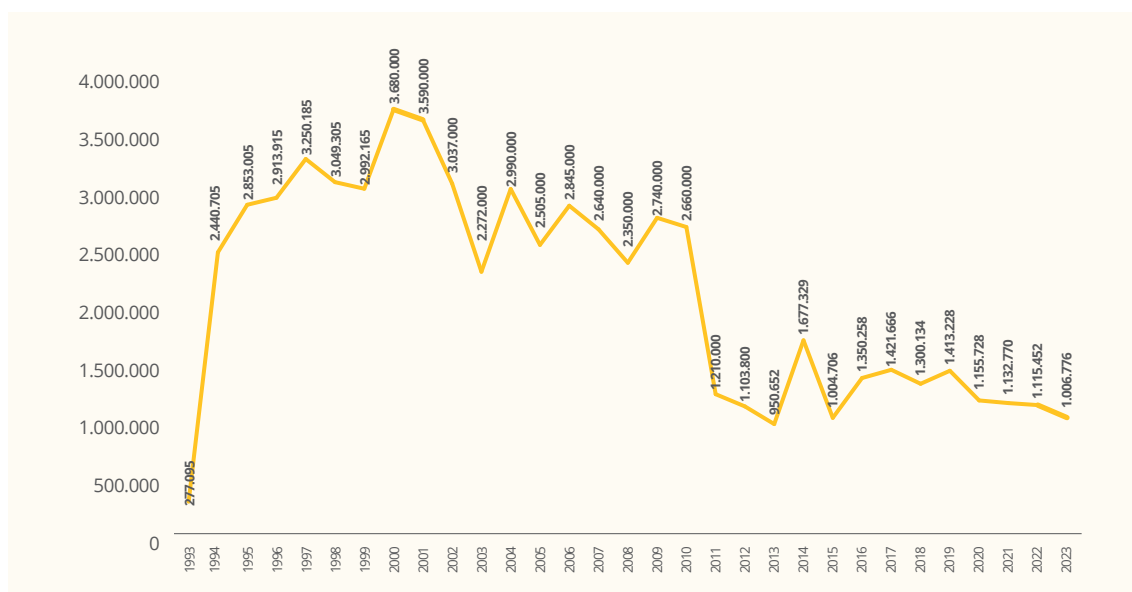


Figura 30. **Número de seringas distribuídas em Portugal, 1993–2023**

Fonte: Programa Troca de Seringas – DGS/SPMS

## C. Distribuição de preservativos

Também o acesso gratuito a material de prevenção da transmissão sexual de infeções tem sido uma das importantes apostas da DGS, através do Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos. Entre 2014 e 2019, distribuíram-se, em média, cerca de 5 milhões de preservativos externos (masculinos) e internos (femininos) por ano, verificando-se uma acentuada redução nos anos de 2020 e 2021 (47% e 31%, respetivamente por ano), devido à situação pandémica provocada pela pandemia COVID-19 (Figura 31).

Em 2023, registou-se um aumento de 32,9% no número de preservativos internos e externos distribuídos, situando-se em valores de cerca de 7 milhões.

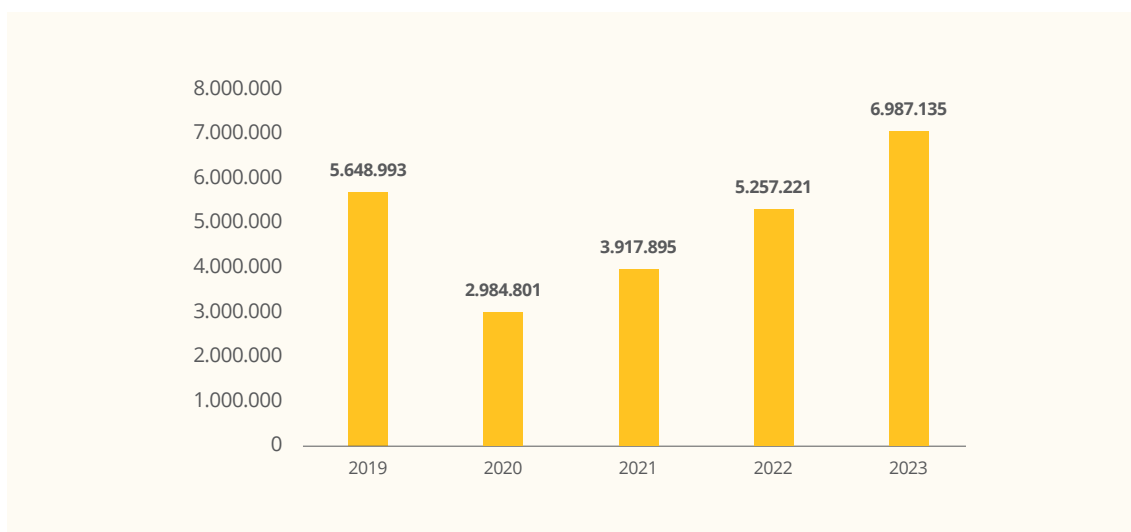


Figura 31. **Número de preservativos distribuídos, 2019-2023**

Fonte: DGS/Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção pelo VIH

## II.II. Rastreio e diagnóstico

Diagnosticar, ligar aos cuidados de saúde e tratar são os pilares fundamentais da abordagem às hepatites virais, justificando um significativo investimento em iniciativas que promovam o acesso ao teste em diferentes contextos, com vista à identificação precoce dos casos e à quebra das cadeias de transmissão.

Quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico de uma infeção por vírus da hepatite, mais atempadamente serão estabelecidas estratégias de seguimento adequadas a cada doente. Em Portugal, o acesso ao teste está disponível nos CSP, nos hospitais, em ONG, em farmácias comunitárias e em laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.

### A. Testes de VHB e VHC prescritos

Os testes para o diagnóstico de VHB e VHC prescritos e realizados anualmente em contexto hospitalar e nos CSP têm demonstrado uma tendência globalmente crescente, provavelmente fruto da maior atenção dirigida às hepatites virais B e C nos últimos anos, apoio às populações-chave e grupos vulneráveis, bem como, no contexto de monitorização da saúde da população.

Ao nível dos CSP, os dados disponibilizados pela ACSS indicam que, em 2023, foram prescritos e realizados 289.959 testes de AgHBs (Figura 32) e 218.566 testes de anti-VHC (Figura 33), verificando-se um aumento de 4% e 8%, respetivamente, quando comparados com o ano de 2022. No entanto, estes resultados podem estar subestimados em termos de intervenção diagnóstica pois, em muitas Unidades de Saúde há possibilidade de realização de testes rápido para VHC, não existindo, à data, um procedimento padronizado e validado para a sua monitorização a nível nacional.

No que concerne aos cuidados hospitalares, os dados extraídos do SONHO© informam que, em 2023, foram prescritos e realizados 283.074 testes de AgHBs (Figura 32) e 267.576 testes anti-VHC (Figura 33), registando-se um aumento de 11% e de 8% no número de testes quando comparados com o ano de 2022.

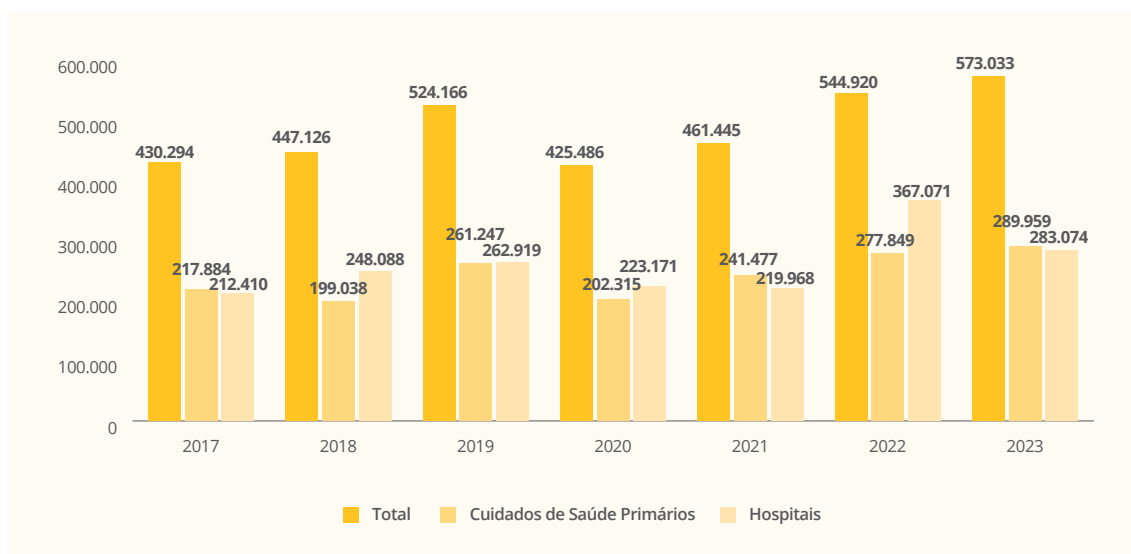


Figura 32. N.º de testes de AgHB prescritos e realizados nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais, 2017-2023

Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

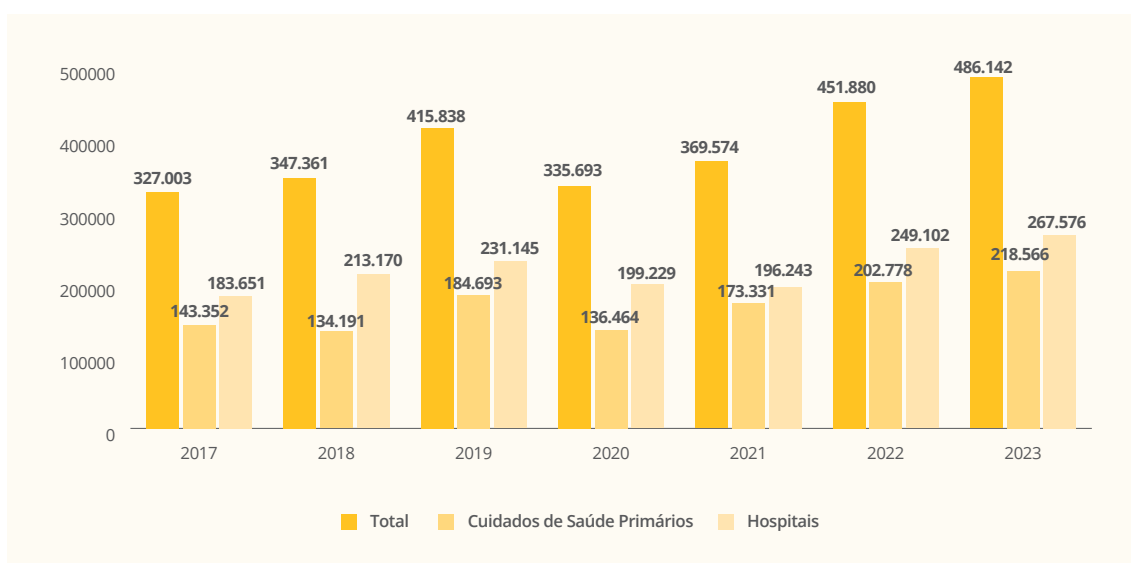


Figura 33. N.º de testes Anti-VHC prescritos e realizados nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais, 2017-2023

Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

Outra fonte importante de dados que concorre para monitorização das hepatites virais são os dos CSP no âmbito das consultas de Medicina Geral e Familiar. Os dados dos registos deste problema de saúde podem ser obtidos na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI – CSP).

De acordo com esta plataforma (BI – CSP) tem-se constatado, desde 2021 um crescimento sustentado do registo de hepatites virais enquanto problema ativo (Figura 36), registando-se em dezembro de 2023 uma proporção de 0,61% na população utilizadora dos CSP com o problema ativo de hepatite viral (0.72- ICPC), correspondendo a 55.927 casos. Neste mesmo ano, verificou-se o registo de 1661 novos casos em relação a 2022.

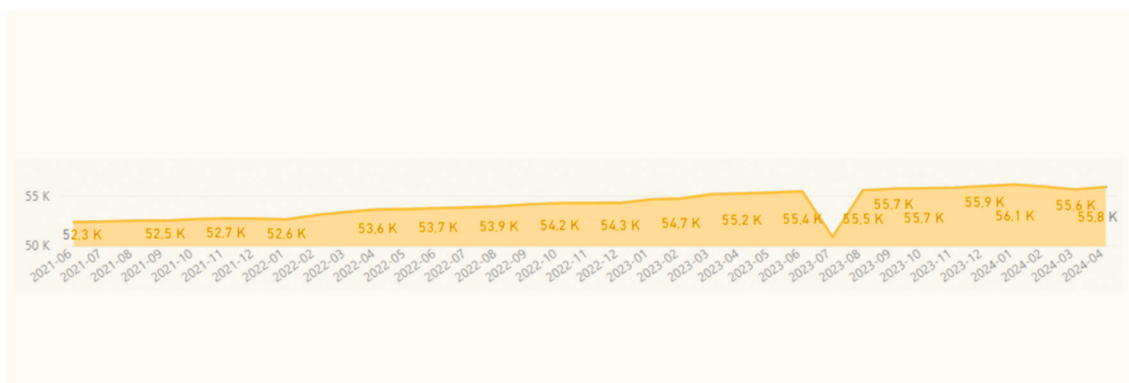


Figura 34. **Fita temporal de utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de hepatites virais como problema ativo, Portugal Continental**

Fonte: BI-CSP, Abril 2024

Encontram-se mais pessoas do sexo masculino do que do sexo feminino com hepatites virais registado como problema ativo, na sua maioria entre os 45 e os 64 anos (Figura 35), sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo, aquela com mais utentes com este problema ativo registado (Figura 36).

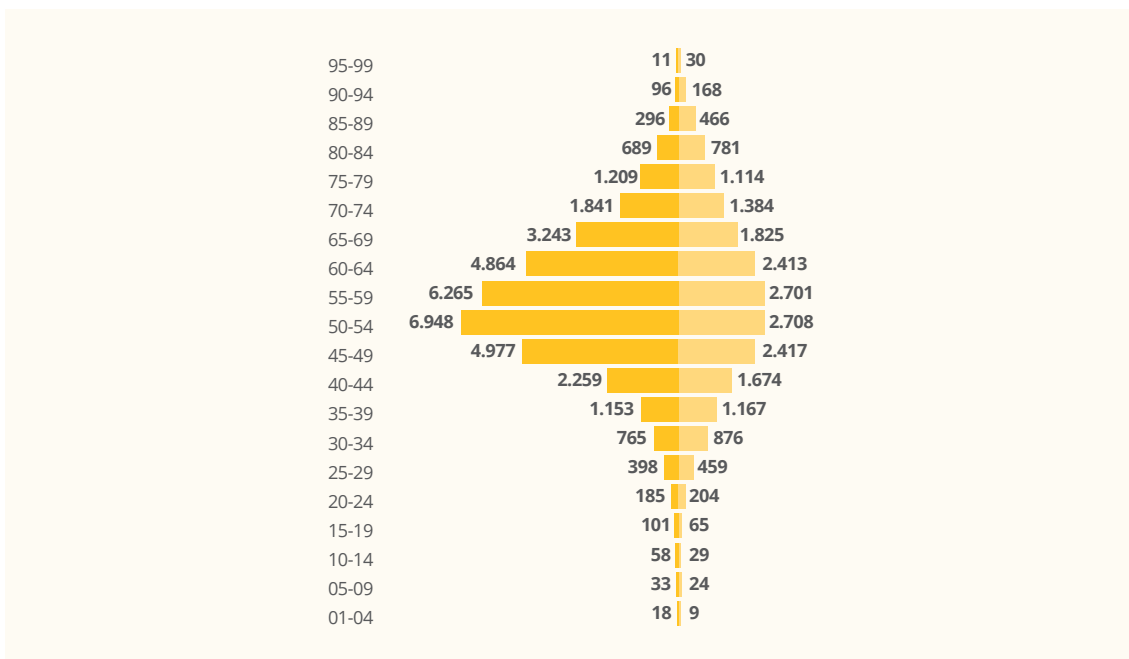


Figura 35. **Pirâmide etária de utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de Hepatites Virais como problema ativo**

Fonte: BI-CSP, Dez. 2023

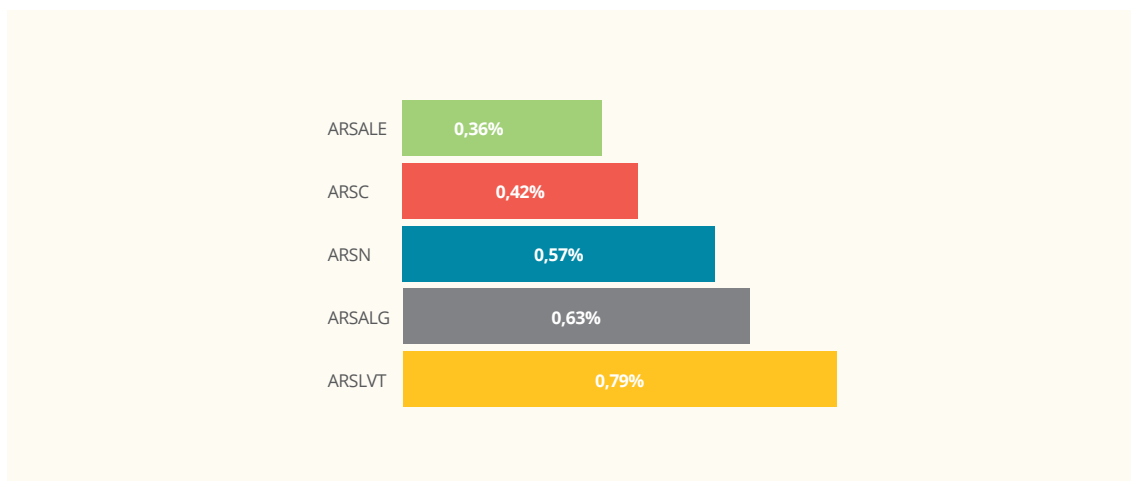


Figura 36. **Utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com registo de hepatites virais como problema ativo, por região de saúde, Portugal Continental**

Fonte: BI-CSP, dez.2023

Importa, porém, refletir sobre estes dados pois, não traduzem valores reais e fidedignos de incidência e prevalência de hepatites virais no nosso país, na medida em que vários vieses podem ser identificados.

No registo e classificação deste problema de saúde é usada a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) ficando apenas registado como D72 – Hepatite viral, sem distinguir a etiologia viral. Para tal, é necessário que seja feita a correspondência com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no campo “Lista de Problemas”, o que obriga a um cuidado redobrado do clínico e dispêndio de tempo, pois tem de abrir novo campo para fazer todo o registo e, na maioria das vezes, este registo não é feito informaticamente, mas apenas em texto livre, pelo que não é lido automaticamente nem integrado pelo programa informático. Embora já estejam previstos subcódigos para as diferentes hepatites virais, ainda não é possível através do SClínico fazer o seu registo com a respetiva codificação.

Além disso, a lista de problemas de saúde tem de ser atualizada periodicamente pois a resolução desses problemas tem de ser convertida para a lista de problemas inativos. A sua não execução poderá contribuir para um aumento do número de casos ativos de hepatite sem que, contudo, seja real.

Outro aspeto a ter em conta é que nem todas estas classificações correspondem necessariamente a diagnósticos de novo e nem todos correspondem a diagnósticos confirmados laboratorialmente, apenas relatados pelos doentes a quem foi feito o diagnóstico noutra nível de cuidados de saúde. Ora, isto pode contribuir para um aumento do número total de casos, por duplicação de registo, mas também levando a uma subnotificação na plataforma informática de suporte ao SINAVE.. Este último caso é o que encontramos quando comparamos os números de novos utentes com o problema ativo de hepatite viral com os números de notificações de casos confirmados em SINAVE.

Assim, será necessário sensibilizar os clínicos para estas questões, devendo ser feito um reforço da formação das equipas de cuidados de medicina geral e familiar para a importância dos registos, da atualização periódica da Lista de Problemas e da notificação através da plataforma informática de suporte ao SINAVE, ainda que se trate de um caso provável, bem como o reforço da formação das equipas de saúde pública e hospitalares para a importância de complementarem as notificações e casos efetuadas através da plataforma informática de suporte ao SINAVE com informação recolhida ao longo do processo diagnóstico. É ainda necessário tornar as plataformas de registo clínico nos CSP mais ágeis e com maior interoperabilidade, minimizando constrangimentos e consumo de tempo.

Só deste modo, poderemos robustecer a qualidade dos dados presentes quer no BI-CSP quer em SINAVE, aproximar o número de notificações de casos confirmados ao número de diagnósticos e termos um valor mais próximo de uma verdadeira incidência e de prevalência.

Segundo os dados fornecidos pela ACSS, tem-se verificado desde 2019 um aumento do número de testes prescritos de AST e ALT quer a nível dos CSP quer a nível de produção (PH) (Figura 39), o que poderá traduzir indiretamente a atenção dos clínicos para os problemas da saúde do fígado e para as hepatites virais. A inflexão constatada em 2020 poderá ser o resultado da menor utilização e acesso aos serviços de saúde pela população em geral no âmbito da pandemia de COVID-19. No que respeita aos CSP percebe-se, embora muito ligeiramente, um aumento da prescrição de ALT relativamente à AST, nos dois últimos anos, podendo traduzir uma preocupação na prescrição racional destes MCDT, e tendo em conta a eficiência na prestação de cuidados de saúde.

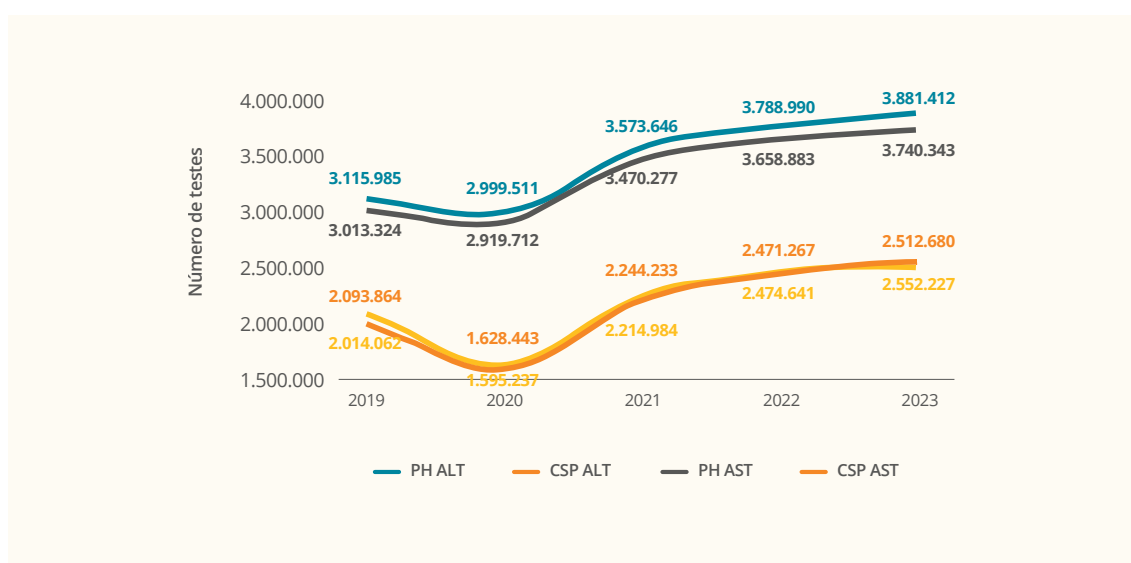


Figura 37. Prescrição de ALT e AST no SNS (Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários), 2019-2023

Fonte: SDM/ACSS

## B. Testes rápidos de VHB e VHC em Organizações não-governamentais e Organizações de base comunitária

As ONG e as organizações de base comunitária desempenham um papel fundamental e complementar no contexto do diagnóstico das hepatites virais a populações com maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Desde 2014, ano em que foi implementada em Portugal a estratégia de disponibilização do teste rápido de VHB e VHC em populações-chave e grupos vulneráveis, tem-se verificado uma cada vez maior adesão deste tipo de estruturas, o que se traduz no aumento do número de testes realizados.

O apoio financeiro da DGS para o desenvolvimento de projetos nesta área, bem como o acordo entre o Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, têm permitido disponibilizar o teste rápido, em diversos contextos e a diferentes populações-chave e grupos vulneráveis, com tendência crescente anual do número de testes rápidos realizados. Em 2023, foram realizados 28.596 testes de AgHBs (Figura 42) e 42.739 testes de anti-VHC (Figura 43), com uma reatividade de 1,74% e 0,98% de resultados reativos, respetivamente. Verificou-se assim um aumento do número de testes realizados de cerca de 18% e de 26%, respetivamente.

De forma sustentada, tem-se verificado uma tendência anual decrescente na proporção da reatividade para AgHBs e anti-VHC identificados, contudo, de 2022 para 2023 verificou-se um ligeiro aumento relativamente a ambos, de forma mais expressiva para AgHBs.

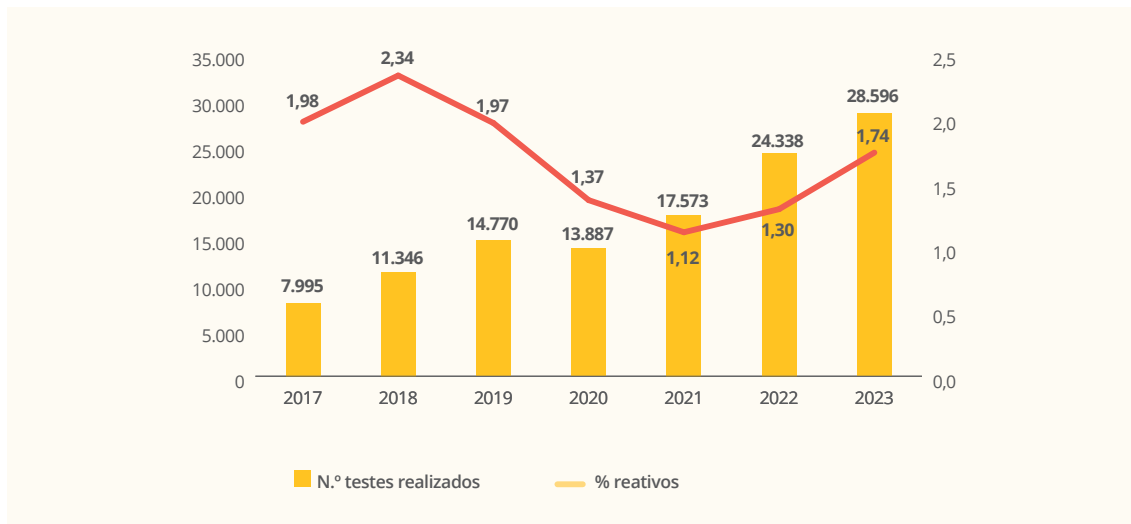


Figura 38. **Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2023**

Fonte: DGS

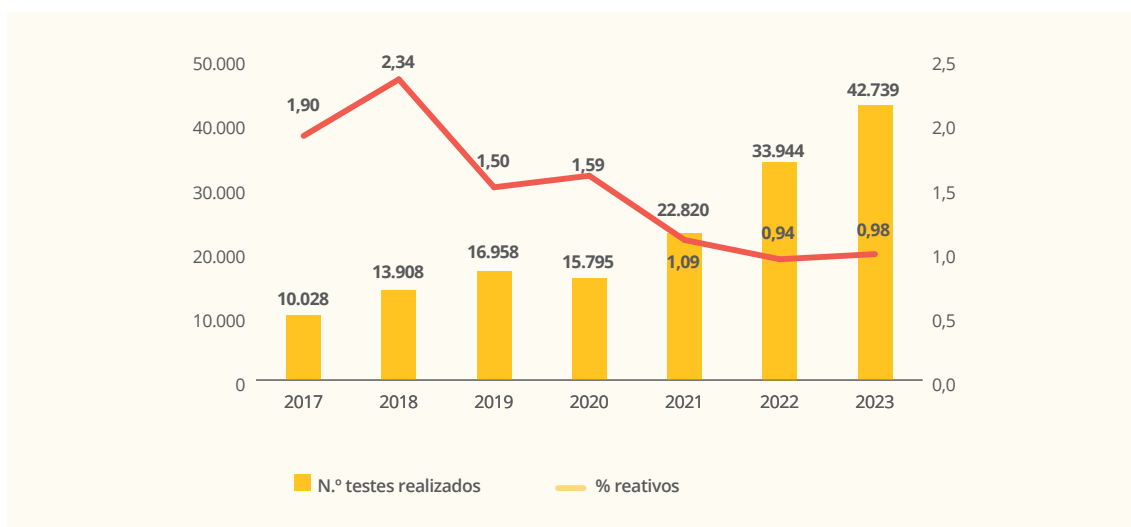


Figura 39. **Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2023**

Fonte: DGS

### C. Testes rápidos de VHB e VHC realizados em Programas de Consumo Vigiado

As Salas de Consumo Assistido estão previstas no Decreto-Lei n.º 183/2001<sup>27</sup>, de 21 de junho, sob a designação de Programas para Consumo Vigiado, enquanto unidades de saúde supervisionadas por pessoal técnico de saúde. Um dos objetivos destes Programas passa por fornecer aos utentes equipamento de injeção esterilizado (e outro equipamento) para consumo de drogas com menor risco, sob supervisão, proporcionando-lhes um ambiente de maior segurança e condições de higiene. Nesses locais, além de poderem ser consumidas substâncias ilícitas, é possível a prestação de cuidados de saúde básicos e de emergência em

caso de overdose, aconselhamento e informação, bem como encaminhamento para serviços de tratamento e serviços de apoio social.

Em Portugal encontram-se em funcionamento três programas de consumo vigiado; dois em Lisboa (um móvel e um fixo) implementados em abril de 2019 e maio de 2021, respetivamente, e um no Porto (amóvel) com início em agosto de 2022.

Estes programas procuram contribuir para a diminuição da morbidade e da mortalidade associadas ao consumo e para a redução dos riscos de transmissão de doenças transmissíveis, designadamente as infeções pelos vírus VIH, VHB e VHC na população utilizadora de drogas que, por norma, apresenta prevalências mais elevadas de doenças infecciosas bem como dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

As Salas constituem excelentes oportunidades de acesso ao teste, com vista à identificação precoce das infeções e, conseqüentemente, a ligação das pessoas aos cuidados de saúde, garantindo assim o tratamento, nalguns casos, através de consultas descentralizadas sob a responsabilidade das associações promotoras destes serviços e a cura, no caso da hepatite C.

#### **a) Sala de Apoio Integrado em Lisboa – Programa de Consumo Vigiado (SAI)**

O SAI é um serviço que promove práticas de consumo mais seguras, asséticas e dignas, para utilizadores de drogas por via injetada e fumada. Através da valência Programa de Consumo Vigiado, proporciona-se uma alternativa ao consumo na rua, com as vantagens supracitadas.

Disponibiliza igualmente cuidados básicos de saúde, rastreio de doenças infecciosas e apoio psicossocial. Promovido pela Câmara Municipal de Lisboa, atualmente financiado pelo ICAD, e sob a gestão técnica da Associação Ares do Pinhal, este serviço tem apostado na realização de testes rápidos de VIH, VHB, VHC e sífilis junto desta população.

É no SAI que se realiza a consulta descentralizada de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), assim como a realização de todos os testes de ARN VHC, dos projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) da Ares do Pinhal.

Relativamente ao ano de 2023, foram rastreadas 350 pessoas. Dessas, 200 apresentaram anti-VHC reativo (57%). Desses 200 utentes, não foi possível realizar RNA viral em 11 deles (5%). Os restantes 189 foram testados, obtendo-se 83 ARN VHC reativos (42%) e 106 ARN VHC não reativos (53%).

No SAI, foram iniciados processos de tratamento para 58 utentes, sendo que 9 iniciaram e concluíram todo o processo nas nossas instalações. Os restantes 49, fizeram-no em outras valências da AdP, nomeadamente no Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (PSBLE).

Assinalam-se ainda, 12 testes de AgHBs reativos, o que equivale a uma reatividade de 3,4%.

#### **b) Programa Móvel de Consumo Vigiado em Lisboa (PCVM)**

O PCVM, serviço promovido pela Médicos do Mundo, tem como objetivo geral contribuir para a melhoria da saúde, segurança e qualidade de vida das pessoas que utilizam drogas, disponibilizando um espaço seguro para efetuar o consumo por via injetada, particularmente daqueles que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade social e de saúde. Para além da disponibilização do espaço seguro de consumo injetado, garante o acesso a CSP, atendimento psicossocial, apoio por pares, rastreios às infeções por VIH, VHB e sífilis, encaminhamento e acompanhamento para outros serviços e distribuição comunitária de naloxona nasal.

O PCVM insere-se no âmbito do Programa Municipal de Intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências e atua em zonas de consumo a céu aberto na cidade de Lisboa, designadamente, Areeiro, Arroios, Beato, Penha de França e Marvila.

Em novembro de 2022, o PCVM gerido pela ONG Médicos do Mundo iniciou a realização de testes rápidos de rastreio a infeções por VIH, VHC, VHB e sífilis, data em que a equipa concluiu a formação para a sua realização. No PCVM realizam-se testes rápidos para as hepatites B e C através de algumas gotas de sangue após uma picada num dedo. O PCVM realiza testes de rastreio a utentes, ou seja, população utilizadora de drogas, mas também à população em geral. Uma vez que não é obrigatório estar inscrito no projeto para realizar os testes de rastreio, não é possível caracterizar a população geral, ou seja, aqueles que não reportam consumo de substâncias psicoativas.

Desde novembro de 2022 até dezembro de 2023, foram rastreadas 45 pessoas. Destas, 17 pertencem à população geral, ou seja, pessoas que não se encontram inscritas no projeto PCVM, pois não reportam consumo de substâncias psicoativas. Outras 10 das pessoas rastreadas participaram em atividades de rastreio realizadas em 2023 num Centro de Acolhimento da cidade de Lisboa. Estas pessoas estão em situação de sem-abrigo e podem ou não ser consumidoras de substâncias psicoativas, mas não se encontram inscritas no PCVM.

Dezoito pessoas inscritas no PCVM realizaram rastreios com a equipa. Dessas, 11 eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. A média de idades da população rastreada é de 41 anos, sendo a pessoa mais jovem de 25 anos e a mais velha de 63 anos.

Em relação ao país de origem, 12 pessoas rastreadas eram naturais de Portugal e 6 nascidas fora de Portugal. Quanto ao tipo de consumo das 18 pessoas rastreadas, quatro consomem drogas por via injetada e 14 por via fumada e/ou inalada.

Das pessoas rastreadas, foram realizados 33 testes AgHBs, todos com resultado não reativo. Foram também realizados 41 testes anti-VHC, dos quais 1 teve resultado reativo.

No contexto do rastreio, foram distribuídos 273 preservativos, 11 cachimbos e 12 kits. Desde junho de 2022 até dezembro de 2023, têm sido realizadas sessões de educação para a saúde sobre a transmissão dos vírus da hepatite, incentivando a solicitação de material de consumo à equipa e a não partilha de material. Durante este período, foram distribuídas 10.783 seringas/agulhas avulsas, 4.816 kits do PTS, 1.492 cachimbos, 3.800 folhas de prata e 4.243 preservativos.

### **c) Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto - Espaço Para Consumo Vigiado Amovível (PCVMP)**

O PCVMP, serviço financiado pelo Município do Porto, é promovido pelo Consórcio Um Porto Seguro, composto pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação Do Porto (CVP-DP), Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Social e Comunitário CRL (ARRIMO), Serviços de Assistência Organizações de Maria (SAOM) e a Associação para o Planeamento da Família (APF). A sua implementação, acompanhamento e avaliação são assegurados por uma Comissão criada para o efeito, constituída pela Câmara Municipal do Porto, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, o Instituto da Segurança Social, I.P. e a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Com início em agosto de 2022, o PCVMP registou, até finais de 2023, 345 utentes rastreados, dos quais, 85% do sexo masculino, maioritariamente na faixa etária dos 35 aos 49 anos (53%), seguida da faixa etária dos 50 aos 64 anos (31%) e na sua grande maioria de nacionalidade portuguesa (98%). A maioria dos utentes são utilizadores de drogas por via fumada (66%) e 34% por via injetada.

Foram realizados 404 testes de AgHBs, com uma proporção de 0,2% de resultados reativos (um caso). Quanto ao teste de pesquisa anti-VHC, foram realizados 420 testes, com uma proporção de resultados reativos de 45,9% (193). Destes, 30 utentes são acompanhados noutra estrutura de saúde, 45 faltaram à consulta descentralizada ou abandonaram o programa (sem teste confirmatório) e 68 realizaram testes RNA VHC, dos quais 44 apresentaram virémia positiva.

Foram disponibilizadas 225.800 seringas, 972 cachimbos, 199.330 pratas e 7.227 preservativos.

### II.III. Tratamento

Volvidos seis anos desde a elaboração das Normas sobre Diagnóstico e Tratamento da Hepatite C, impõe-se a sua revisão, no sentido de as atualizar à luz da evidência científica. Pretende-se integrar as 2 normas num só documento:

- Norma nº 027/2017. Avaliação Diagnóstica da Infecção por Vírus da Hepatite C<sup>28</sup>
- Norma nº 028/2017. Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto<sup>29</sup>

A revisão contempla não só a atualização relativamente aos fármacos, como também a inclusão da avaliação serológica não invasiva da fibrose hepática (APRI, FIB-4), o *reflex testing*, a mensagem da realização dos testes da hepatite C pelo menos uma vez na vida para a população em geral, a utilização do antigénio do core e a simplificação do processo de prescrição e do registo no portal do INFARMED.

É também objetivo do PNHV a elaboração de norma para a Hepatite B (diagnóstico, terapêutica, inclusão da hepatite Delta, com novo antivírico aprovado já pela EMA, Bulevirtida)<sup>30</sup>

#### A. Tratamento da Hepatite C

Em 2015, Portugal adotou a estratégia de tratar, com AAD, todas as pessoas que vivem com o vírus da hepatite C independentemente do estadió da doença, assumindo-se como um dos primeiros países, a nível europeu e mundial, a implementar esta medida conducente à eliminação da hepatite C até 2030, em absoluto alinhamento com as metas da OMS.

##### a) Portal do Tratamento da Hepatite C

A garantia da equidade e acessibilidade à medicação antiviral havia sido definida como uma prioridade do PNHV no ano 2021. Nesse sentido, foi proposta a simplificação administrativa e desburocratização dos procedimentos relativos ao acesso ao tratamento com AAD, que culminou com a publicação da Portaria nº 615/2022. Com o mesmo objetivo, foi ainda possível a renovação e simplificação do Portal do Tratamento da Hepatite C. Desta forma, e a título de exemplo, foi dispensada a obrigatoriedade da indicação do genótipo e foi incluído o cálculo de forma automática dos scores FIB-4 e APRI, dispensando a avaliação não invasiva do grau de fibrose por elastografia.

À data da elaboração deste relatório, os dados mais recentes da monitorização do tratamento da hepatite C, através do Portal do INFARMED, informam que já foram autorizados 34.188 tratamentos, dos quais 32.115 já foram iniciados (Figura 44).



Figura 40. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e número total de tratamentos iniciados, 2015-2023**

Fonte: INFARMED

Quando se restringe a análise ao universo de pessoas que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (21.533 pessoas), verifica-se que 20.830 estão curadas (96,7%) contra 703 pessoas não curadas (3,3%) (Figura 45).

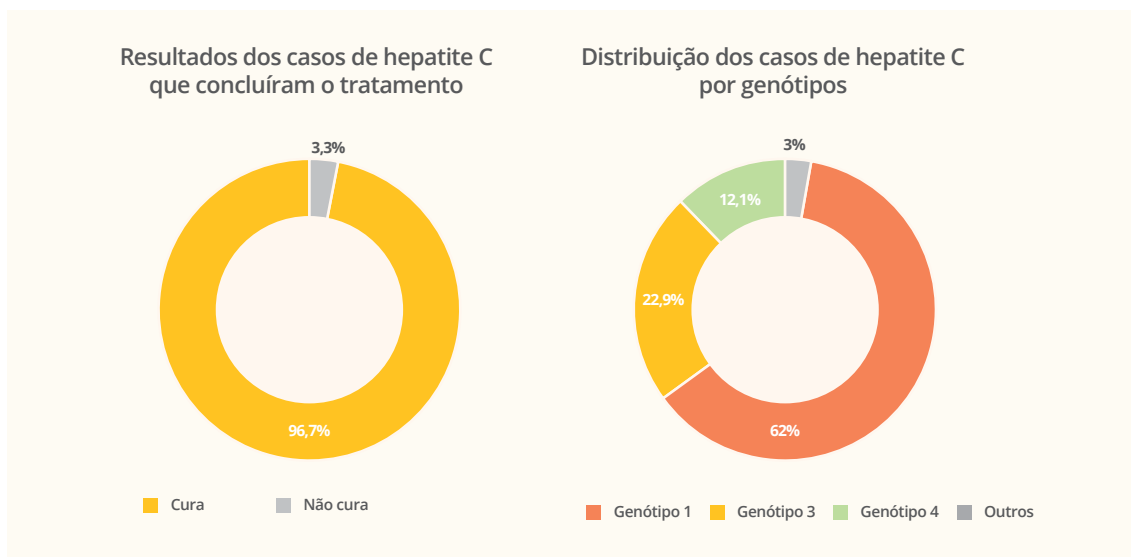


Figura 41. **Proporção de casos de hepatite C curados e não curados e distribuição de casos de hepatite C por genótipo, 2015-2023**

Fonte: INFARMED

O número de tratamentos autorizados manteve uma estabilidade em relação ao ano anterior, com 2.098 novos tratamentos autorizados (Figura 46).

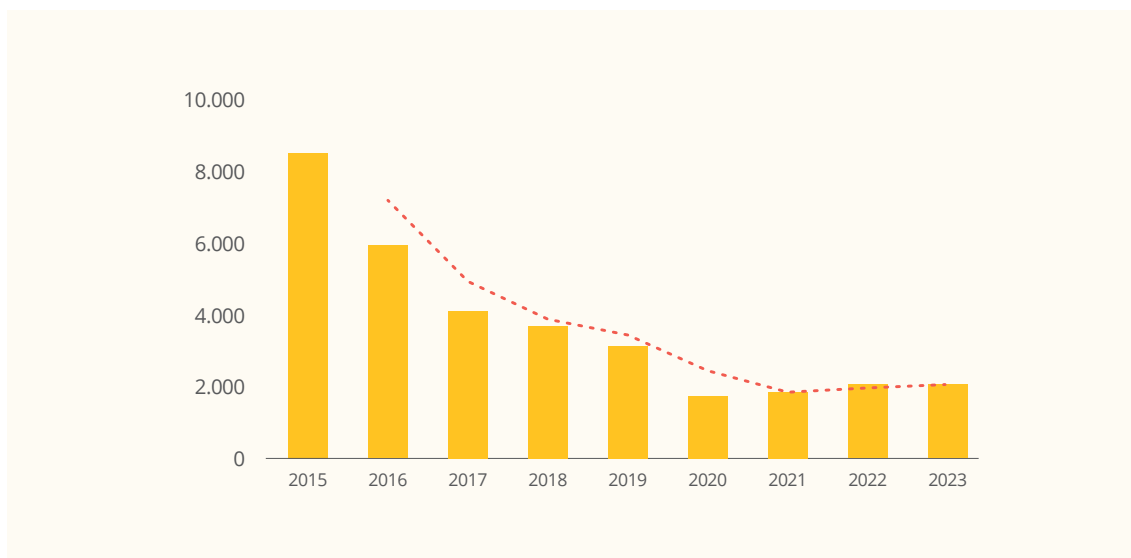


Figura 42. **Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2023**

Fonte: INFARMED

De igual forma, manteve-se uma elevada proporção de doentes com fibrose avançada previamente ao início de tratamento, correspondendo a 37,1% dos novos pedidos (14,8% F3 e 22,3% F4) (Figura 47). Este dado suscita preocupação quanto ao número significativo de pessoas em risco de desenvolver CHC, sendo importante unir esforços para diagnosticar de forma mais precoce os doentes que necessitarão de intervenção médica.

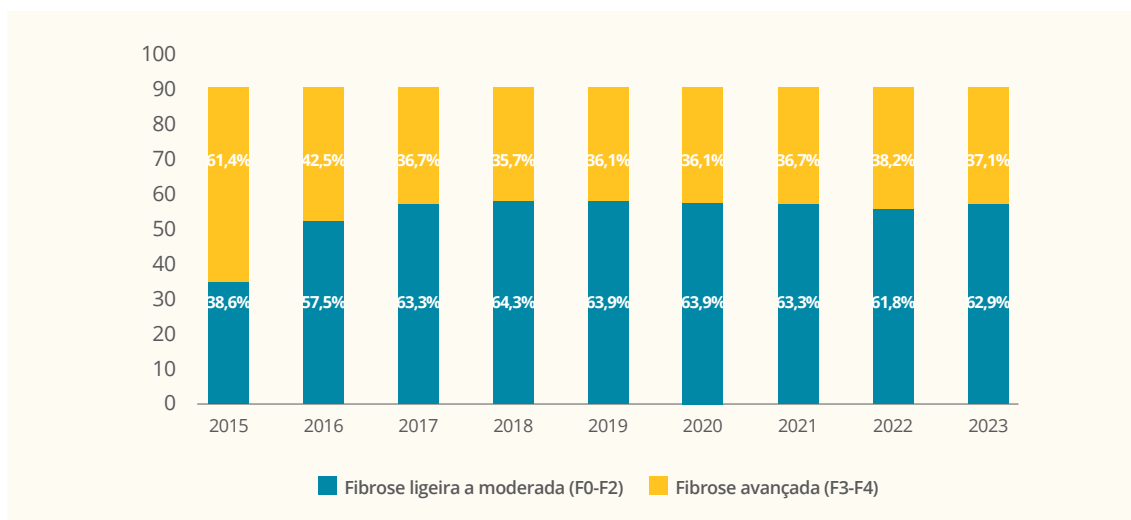


Figura 43. **Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2023**

Fonte: INFARMED

Destaca-se ainda a redução significativa decorrido entre a data de submissão do pedido e a data de início de tratamento, resultado do processo de simplificação dos procedimentos relativos ao acesso ao tratamento com AAD conseguida com a Portaria n.º 615/2022 (Quadro VI). Ainda assim, é objetivo do programa a promoção do acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da prescrição médica, de forma a garantir a ligação dos doentes aos cuidados de saúde.

Quadro VI. **Tempos médios de espera para início de terapêutica para hepatite C, 2015-2023**

Anos	Média de tempo entre as datas de submissão e de início de tratamentos
2017	129,4
2018	159,6
2019	133,3
2020	115,4
2021	105,7
2022	93,1
2023	67,5

Fonte: INFARMED

A ideia de amplificar os testes de rastreio, principalmente nos grupos em risco acrescido de aquisição da infeção (estabelecimentos prisionais (EP), comportamentos aditivos, etc.) a par da mensagem de realizar o teste de VHC, VHB e VIH, pelo menos uma vez na vida, envolvendo os médicos de Medicina Geral e Familiar e os de Saúde Pública poderá constituir um passo importante no caminho da eliminação até 2030.

### b) Tratamento da Hepatite C em contexto prisional

As pessoas em situação de reclusão apresentam maior vulnerabilidade a doenças transmissíveis, verificando-se elevadas prevalências de hepatite B e C, quando se compara com a população em geral.

O contexto prisional é reconhecido como uma excelente oportunidade para o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, uma vez que o período de reclusão pode ser promotor do acesso, ligação e retenção a cuidados de saúde.

Nesse âmbito, foi estabelecida uma estratégia de abordagem das infeções por VIH, VHB e VHC, em contexto prisional, plasmada no Despacho n.º 6542/2017 de 28/07/2017 e no Despacho n.º 283/2018 de 5/01/2018 dos Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que estabeleceu a rede para a prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS, no âmbito das infeções por VIH, VHB e VHC, para a população reclusa, abrangendo todos os 45 EP situados no continente e 28 unidades hospitalares.

Este modelo teve o seu início em 2017 através da criação de um projeto piloto entre o Centro Hospitalar e Universitário de São João e o EP de Porto e, posteriormente, expandido a nível nacional, nos termos dos Despachos supracitados.

O modelo de intervenção consiste na deslocação dos profissionais de saúde aos EP com observação *in loco* das pessoas em situação de reclusão, procedendo-se ao diagnóstico e tratamento destas. Este processo elimina as dificuldades inerentes ao transporte das pessoas em situação de reclusão aos estabelecimentos de saúde assim como desempenha um papel fundamental na dignificação das pessoas em situação de reclusão, reduzindo a discriminação a que frequentemente são sujeitos. A comunicação com pessoas em situação de reclusão é também um pilar essencial como veículo de educação para a saúde, fomentando a prevenção e ensino de práticas que visam diminuir o risco de reinfeção numa população considerada em alto risco para aquisição da infeção.

A informação disponibilizada pela DGRSP dá conta que em 31 de dezembro de 2023, os protocolos encontravam-se implementados na grande maioria dos EP.

Os registos dos tratamentos da hepatite C são efetuados no Portal da hepatite C, por médicos assistentes dos Hospitais/ULS; Não estão associados especificamente a um EP, contudo, os dados anonimizados de utentes em que se assinala a condição “reclusão”, é possível identificar que, desde a início do funcionamento do Portal até 31 de maio de 2024, foi solicitado tratamento a 1.150 pessoas em situação de reclusão. Destas, 917 concluíram o tratamento (80%). Quando se restringe a análise ao universo de pessoas que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (N= 582), verifica-se que 569 estão curadas (97,8%) contra 13 doentes não curadas (2,2%).

#### i. Protocolo entre a ULS Coimbra e Estabelecimento Prisional de Coimbra

Com uma população prisional maioritariamente constituída por pessoas em situação de reclusão em cumprimento de penas de longa duração, o Estabelecimento Prisional de Coimbra tem uma lotação de 540 lugares, com um nível de segurança alta e elevado grau de complexidade.

Desde o início do protocolo entre a ULS Coimbra e o EP de Coimbra em 2019, foram avaliadas 117 pessoas por presença de anti-VHC positivo, das quais 65 apresentavam ARN-VHC detetável (55,6%). O genótipo 1a foi identificado em 53,8% das pessoas em situação de reclusão, seguido do genótipo 3 (29,2%) e genótipo 4 (15,4%). A elastografia hepática transitória mostrou que 86,2% apresentavam fibrose ligeira a moderada (F0 a F2).

Foi iniciada terapêutica com AAD em 56 pessoas, tendo sido recusado início de tratamento por uma pessoa. Dasquelas em que foi possível avaliar a resposta, 97,6% apresentaram RVS às 12 ou 24 semanas de tratamento, igualmente obtida no único doente com ausência de RVS após retratamento. Encontram-se a aguardar terapêutica 8 pessoas.

A revisão de penas e a transferência entre EP dificultam o seguimento pós tratamento destas pessoas, tendo sido perdidas de seguimento 13 pessoas.

No que diz respeito às pessoas que vivem com o VIH, desde dezembro de 2019 até ao presente foram acompanhados 69 pessoas em situação de reclusão, no EP de Coimbra e no EP de Leiria, através de protocolo estabelecido com a ULS de Coimbra. Destas, 49 (71%) viviam concomitantemente com hepatite C,, apresentando-se 87,7% com ARN VHC detetável. Foram tratadas com sucesso 34 (79%) no EP ou previamente à admissão; 1 encontra-se em tratamento e 8 perderam seguimento por saída ou transferência.

#### ii. Protocolo entre o SESARAM e o Estabelecimento Prisional do Funchal

O EP Funchal realiza, à admissão de cada utente, o rastreio para as hepatites B e C, para além do VIH. Este rastreio é repetido anualmente e sempre que positivo despoleta consulta médica. O EP Funchal tem capacidade para 349 pessoas em situação de reclusão, com uma lotação habitual entre 250-300.

De 2018 a 2023, foram diagnosticadas e tratadas com AAD um total de 74 pessoas (apenas uma recusou tratamento). Em 2023, foram diagnosticadas 11 pessoas com infeção por vírus da hepatite C, tendo todas realizado tratamento e todos atingido resposta virológica sustentada (cura).

#### iii. Protocolo entre a Unidade Local de Saúde de São João e o EP do Porto (Custóias)

Desde o início do protocolo entre a ULS de São João e o EP do Porto em 2017, foram realizadas 526 consultas de gastroenterologia, tendo sido identificados, à admissão, 214 pessoas em situação de reclusão com anti-VHC positivo (isoladamente ou a viver concomitantemente com VIH), das quais 137 apresentavam ARN-VHC detetável (64%). O genótipo 1a foi identificado em 57,7% das pessoas, seguido do genótipo 3 (27,7%) e genótipo 4 (8%). A elastografia hepática transitória mostrou que 75,2% apresentavam fibrose ligeira a moderada (F0 a F2)

Foi iniciada terapêutica com AAD em 128 pessoas (93,4%). Da avaliação da resposta viral sustentada, 99,2% (127/128) foram curadas.

### **B. Microeliminação da Hepatite C em Portugal.**

Portugal tem conseguido resultados extraordinários no que ao tratamento da hepatite C diz respeito, com recurso a AAD, permitindo tratar cada vez mais pessoas, com taxas de cura acima de 95%.

Desde então, o PNHV defende a necessidade de apostar em estratégias individualizadas, definidas de acordo com as características das populações-chave que vivem com hepatite C, numa lógica de microeliminação.

A meta definida pela OMS de eliminar as infeções pelo vírus da hepatite C até 2030, é um desafio complexo, muito por conta dos diversos constrangimentos que alguns segmentos populacionais colocam às medidas de prevenção, ligação aos cuidados e tratamento. Neste sentido, foi considerado eficaz a estratégia de microeliminação que, através de intervenções circunscritas a um determinado contexto e período, definidas em linha de conta com a epidemiologia de hepatite C em segmentos populacionais diversos, com metas menores, conduzirão à macroeliminação.

Vários projetos de microeliminação têm sido implementados por várias estruturas (ANEXO I), designadamente, hospitais, centros de saúde, EP, equipas de tratamento de comportamentos aditivos e dependências, equipas de redução de riscos e minimização de danos e estruturas não-governamentais e de base comunitária, um pouco por todo o país, expandindo as estratégias de testar e tratar populações-chave e grupos vulneráveis, com o objetivo de identificar as pessoas com infeção por VHC em contextos de difícil acesso a cuidados médicos adequados e contribuindo para o acesso ao tratamento, através de consultas descentralizadas.

## **II.IV. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado**

Com vista à eliminação da hepatite C e diminuição da incidência das restantes hepatites, é necessário apostar na promoção da literacia sobre hepatites virais junto dos profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados de saúde, técnicos das organizações de base comunitária, população em geral e, em particular, junto das pessoas mais vulneráveis.

É importante promover os comportamentos preventivos, reduzir os riscos e minimizar os danos, aumentar a adesão ao rastreio e ligação das pessoas aos cuidados de saúde para garantir o acesso atempado ao tratamento.

Uma população informada terá, inevitavelmente, um papel decisivo na identificação e no tratamento precoce da doença, reduzindo as consequências como a cirrose e o cancro do fígado, contribuindo, deste modo, para a concretização dos objetivos estabelecidos, caminhando assim para a eliminação das Hepatites em Portugal.

### **A. Semana Europeia do Teste**

Nos dias 20 a 27 de novembro de 2023 e 20 a 27 de maio de 2024, decorreram a Semana Europeia do Teste do Outono e da Primavera, respetivamente, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce das hepatites virais, infeções sexualmente transmissíveis (IST) e infeção por VIH.

Esta iniciativa é organizada pela EuroTEST desde 2013, em parceria com instituições comunitárias e de saúde da Região Europeia da OMS, duas vezes por ano, na primavera (maio) e no outono (novembro).

A realização da Semana Europeia do Teste do Outono e da Primavera reforçou a mensagem acerca da eficácia da vacina contra a hepatite B na prevenção dessa infeção, bem como, a taxa de sucesso terapêutico do tratamento da hepatite C (Figura 48).

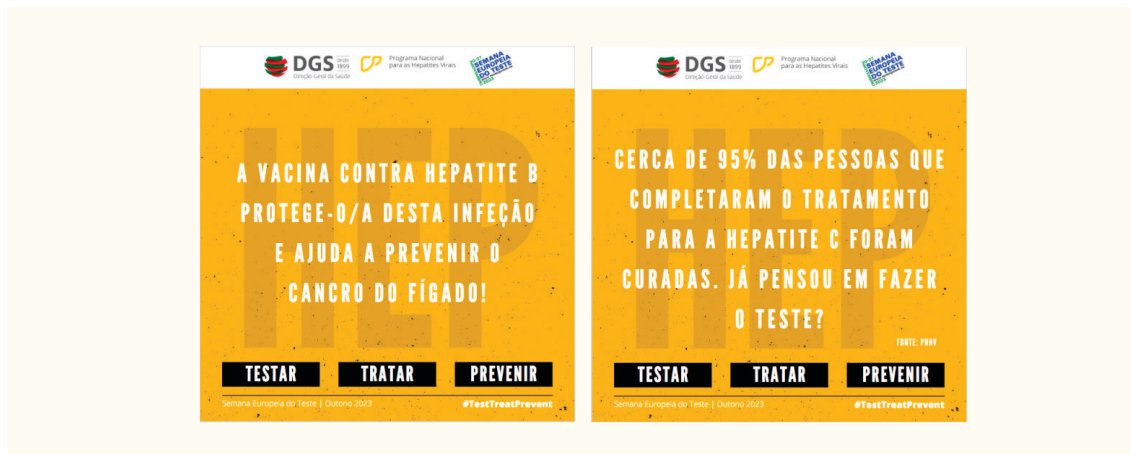


Figura 44. **Infografias campanha Semana Europeia do Teste**

## B. Dia Mundial das Hepatites

O Dia Mundial das Hepatites é promovido pela organização *World Hepatitis Alliance*, que engloba organizações de mais de 100 países e cuja visão é eliminar as hepatites virais como importante problema de saúde pública até 2030.

Nas redes sociais da DGS foram divulgadas infografias (Figura 49), com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre as vantagens do rastreio e tratamento precoces e quais as formas de transmissão mais comuns.



Figura 45. **Infografia Dia Mundial Hepatites 2023**

A apresentação do Relatório Anual das Hepatites Virais ocorreu no dia 28 de julho na Casa Municipal da Cultura, da Câmara Municipal de Coimbra, tendo contado com a participação do Senhor Presidente da Câmara Municipal de Coimbra, da Senhora Secretária de Estado da Promoção da Saúde, do Senhor Subdiretor-Geral da Saúde, do Diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais, entre outros representantes de organizações governamentais e não-governamentais, bem como, membros de organizações internacionais.

## II.V. Participações nacionais e internacionais

O Programa Nacional tem assegurado a participação em iniciativas, numa perspetiva global de abordagem às hepatites virais. Tem colaborado ativamente com as agências internacionais, quer através de importantes eventos promovidos por estas instituições, quer através da integração em grupos de trabalho e organização de reuniões científicas, estimulando o envolvimento e a participação das organizações não-governamentais nacionais, designadamente:

### A. Participações nacionais

1. Alerta Gastrenterologia e Hepatologia: MGF em Alerta, Centro de Saúde de Sete Rios, outubro 2023.
2. O futuro do ACES Lisboa Norte como ULS. MGF em Alerta, Centro de Saúde de Sete Rios, outubro 2023.
3. Problemas de saúde associados a comportamentos aditivos e dependências. Science Talks, Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, outubro 2023.
4. Qualidade em saúde e na prestação de cuidados. REDE SAÚDE. Viver em Qualidade: Valor em saúde e bem-estar. Reitoria, Salão Nobre, novembro 2023.
5. O Digital na Promoção Contínua da Saúde e do Bem-Estar. ADSI - Agência para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação e do Conhecimento. Acelerar a digitalização no ecossistema da saúde: estratégias e fatores-chave. ISCTE, dezembro 2023.
6. Debate: "Futuro da Saúde e da Educação Médica em Portugal". João Eurico da Fonseca, Ana Paula Martins, Álvaro Beleza, Carlos Cortes e Rui Tato Marinho. Janeiro 2024.
7. HEPATITE C – O que falta fazer? Hot Topics, Semana Digestiva. Junho 2024.
8. 35º Curso de Doenças Hepatobiliares. Mesa sobre hepatites víricas. Coimbra, novembro 2023.
9. VIH e Hepatites B e C – Novos Conceitos. 16ª Reunião Anual GEPCOI, Luso, novembro 2023.
10. Sessão Plenária. Tendências e desafios na medição em Saúde e qualidade de vida. Rede Saúde, novembro 2023.
11. I Jornadas do Colégio de Gastrenterologia, Ordem dos Médicos, maio 2024.
12. Participação no Congresso Português de Hepatologia, 18-20 abril 2024. Figueira da Foz
13. Programa Nacional para as Hepatites Virais: que perspetivas - 19 de abril de 2024
14. Infecção por VIH e Hepatites Virais no âmbito da iniciativa Fast Track cities (USF Progresso e Saúde- Tocha 23/10/2023; USF Biosa, Coimbra 24/10/2024; USF Araceti, Arazede, Coimbra 12/01/2024; USF Eiras, Coimbra 21/1/2024; USF Oliveira Hospital 22/2/2024)
15. Sessão de esclarecimento sobre VIH e Hepatites Virais - Caritas Coimbra 11 de dezembro de 2023
16. Testes rápidos em farmácias de Coimbra, no âmbito do Dia Mundial da SIDA- 12 de dezembro de 2024
17. Pessoas LGBTQIA+ e IST, Coimbra, 20 de dezembro de 2023

18. Realização de testes rápidos de VIH, VHB e VHC nas farmácias aderentes – Fast Track Cities, Coimbra, 12 de dezembro de 2023 (em colaboração com a Câmara Municipal de Coimbra, Associação Existências e Farmácias da União de Freguesias de Coimbra)

## B. Participações internacionais

1. *“Hospital systems improvement through engineering and management moving from research to practice” – 5th International Conference Health Care Systems Engineering*. Lisboa, FMUL, setembro 2023
2. *Road to HCV elimination through addiction and Mental Health: Unite for change, World Hepatitis Alliance Meeting*, Lisboa, abril 2024
3. *Experience of Portugal in Opioid Maintenance Therapy (OMAT)*. World Health Organization, Ukraine, Kiev, julho 2023
4. *Internacional Viral Hepatitis Elimination Meeting (IVHEM) Pre-meeting. Portugal: Expanding screening to pharmacies, prisons, and drug treatment programs for HCV elimination*, Amsterdão, dezembro 2023.
5. Portuguese Plan for Viral Hepatitis and Universal Health Coverage, dezembro 2023.
6. Digital Aspects of Green Transition - Ilias Iakovidis, Adviser European Commission. Digital with purpose Global Summit, Altice Arena, setembro 2023
7. Eliminação da hepatite C em Portugal, Sevilha, Espanha, abril 2024. VI Cátedra Hepatologia.
8. *WHO Hepatitis B guidelines. Implementation challenges and opportunities across the region. World Hepatitis Summit*, Lisboa, abril 2024.
9. *WHO Hepatitis Workshop (@ WHS 2024). What’s new in the HBV guidelines including PMTCF. Introducing the new consolidated hepatitis*, Lisboa, abril 2024.
10. *The power of community-led services in elimination, World Hepatitis Summit*, Lisboa, abril 2024.
11. Reunião OMS Países de Língua Oficial Portuguesa. *World Hepatitis Summit*, Lisboa, abril 2024
12. *Examining the disproportionate prevalence of HCV in individuals with mental health diagnosis, World Hepatitis Summit*, Lisboa, abril 2024,

## World Hepatitis Summit – Cimeira Mundial sobre a Hepatite

A quarta Cimeira Mundial sobre a Hepatite (*World Hepatitis Summit*) 2024 decorreu de 9 a 11 de abril em Lisboa, Portugal. Foi organizado pela Aliança Mundial contra a Hepatite (*World Hepatitis Alliance*), copatrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e apoiado pelo Ministério da Saúde de Portugal. A Cimeira Mundial da Hepatite, *World Hepatitis Summit*, é uma reunião global, inovadora e de larga escala que visa promover a abordagem às hepatites virais, envolvendo várias instituições e entidades, com o objetivo de partilhar ideias, experiências e as melhores práticas na resposta global a esse problema de saúde pública (Figura 50).

Esta reunião foi trazida para Portugal resultando de uma colaboração entre o GAT, o PNHV, a DGS e o Ministério da Saúde. Teve a presença na sessão de abertura da Diretora-Geral da Saúde, Dra. Rita Sá Machado.

Foram apresentadas mais de 30 sessões, reuniões paralelas, plenárias e workshops, o evento recebeu mais de 700 delegados de 95 países dos vários continentes, Europa, América, Ásia, África e Oceânia. Teve vários participantes e organizações portuguesas (GAT, Ares do Pinhal, Crescer, Existências, etc.) com oportunidade de divulgação nos meios de comunicação social especializada e generalista.

Foram abordados temas transversais a muitos países, salientando a diversidade epidemiológica, de diagnóstico, acesso à terapêutica nos vários continentes e países.

Foi notório também a necessidade de integração dos vários cuidados, hospitalares, primários e sociais, numa perspetiva de Cobertura Universal de Saúde.

Foram lançadas as novas Orientações sobre a hepatite B e o relatório global das hepatites virais.

- *Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection em março de 2024.* (Disponível [aqui](#))
- *Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries* (Disponível [aqui](#))

Esta cimeira constituiu uma excelente oportunidade de partilha e divulgação de boas práticas e progressos alcançados na saúde hepática e de reforço do compromisso político rumo à eliminação das hepatites até 2030.



Figura 46. Cimeira Mundial das Hepatites 2024



## III. Roteiro de Ação para 2025

O PNHV alinha-se com a visão global de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 e procura contribuir para que Portugal se mantenha no rumo para que se atinjam os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o 3.3 (até 2030, acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis).

Para isso, o Programa identifica um conjunto de áreas prioritárias para a ação, que devem ser alcançadas até final do ano de 2025. Estas áreas identificadas procuram guiar a intervenção do Programa, em estreita colaboração com os profissionais de saúde, as organizações de base comunitária e as entidades nacionais e internacionais:

- Contribuir para a atualização das normas e orientações clínicas de avaliação diagnóstica e de tratamento da Hepatite C e na elaboração de norma da Hepatite B, com componente dirigida aos CSP e aos cuidados hospitalares e referência à promoção do diagnóstico precoce de hepatites virais em adultos, pelo menos uma vez na vida;
- Alavancar o potencial da integração de cuidados das ULS para promover a criação de equipas de Saúde Pública, dos CSP e dos Cuidados de Saúde Hospitalares focadas no circuito da pessoa com doença do fígado, a sua família e a comunidade;
- Reforçar a importância da vacinação gratuita contra a hepatite B nos grupos em situação de risco identificados, junto das ULS e das equipas dos cuidados de saúde primários, alinhado com a Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001;
- Propor a revisão das orientações em vigor para possível alargamento da vacinação gratuita contra a hepatite a outras populações-chave e grupos vulneráveis, em articulação com o PNV;
- Reforçar a possibilidade de intervenção direta das equipas locais de saúde pública, particularmente no caso da hepatite B, no contexto da sua atuação despoletada através do SINAVE, de modo a aumentar a capacidade de prevenção e intervenção na comunidade;
- Reforçar o preenchimento do campo referente à coinfeção por vírus da hepatite Delta em plataforma informática de suporte ao SINAVE e equacionar o desenvolvimento de alternativas como a notificação da hepatite Delta através da mesma plataforma;
- Promover a criação de um curso formativo, com forte vertente prática, disponível através da plataforma NAU sobre a prevenção, diagnóstico e abordagem das hepatites virais crónicas, para todos os profissionais de saúde;
- Propor a inclusão de um novo indicador para os cuidados de saúde primários que permita medir a proporção de utentes adultos com consulta efetuada no ano, e execução de teste para a deteção das hepatites virais;
- Propor a possibilidade de ser registado com codificação específica, nos problemas de saúde, o tipo de hepatite viral e hepatite crónica, numa ótica de permitir melhor caracterizar a situação epidemiológica nacional;

- Amplificar a realização de testes de rastreio e campanhas de sensibilização, nomeadamente na população em geral, em populações-chave e em grupos vulneráveis, tais como pessoas em situação de reclusão, utilizadores de substâncias psicoativas e populações migrantes;
- Promover a realização do *Reflex Testing* para a hepatite C, com identificação imediata da presença de ARN VHC, abreviando consultas e encurtando tempos de espera, e para a hepatite B, permitindo a identificação subsequente do VHD em caso de AgHBs positivo, minorando o risco de mais grave evolução da doença hepática, na presença da coinfeção VHB/VHD;
- Colaborar, com os parceiros relevantes, na elaboração de um roteiro de ação para a abordagem integrada à saúde do migrante em Portugal, que incluam a perspetiva de eliminação das hepatites virais;
- Estudar, em formato projeto-piloto, a possibilidade de integração da avaliação do estado serológico para as hepatites virais no Boletim de vacinas eletrónico (eBoletim) do utente.

Os resultados das ações promovidas pelo Programa e respetivos parceiros devem servir para avaliar o compromisso de Portugal com as metas internacionais e guiar as intervenções futuras para cumprimento da agenda 2030.



## Referências

1. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Report No.: WHO/HIV/2016.06. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177> .
2. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponível em: [Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries \(who.int\)](#)
3. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine, Twenty-First Edition. 21st edition. McGraw Hill / Medical; 2022.
4. Direção-Geral da Saúde. Despacho nº- 1150/2021, de 28 de Janeiro.; 2021:137-190. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>
5. Weng MK, Doshani M, Khan MA, et al. Universal Hepatitis B Vaccination in Adults Aged 19–59 Years: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:477–483. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7113a1>
6. CDC. Adult Immunization Schedule – Healthcare Providers | CDC [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>
7. Rogal SS, Hansen L, Patel A, Ufere NN, Verma M, Woodrell CD, Kanwal F. AASLD Practice Guidance: Palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. Hepatology. 2022 Feb 1. doi: 1002/hep.32378. Epub ahead of print. PMID: 35103995
8. Xu CQ, Mohamad Y, Kappus MR, Boyarsky B, Ganger DR, Volk ML, et al. The relationship between frailty and cirrhosis etiology: from the functional assessment in liver transplantation (FrALIT) study. Liver Int. (2021) 41:2467– 73. doi: 10.1111/liv.15006
9. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, Gomes B, Harding R. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. Lancet Glob Health. 2019 Jul;7(7):e883-e892. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X. Epub 2019 May 22. PMID: 31129125; PMCID: PMC6560023.
10. MDCalc [Internet]. Fibrosis-4 (FIB-4) Index for Liver Fibrosis. Disponível em: <https://www.mdcalc.com>
11. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. J Hepatol. 2021 Sep;75(3):659-689. doi: 10.1016/j.jhep.2021.05.025. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34166721.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of the responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries, 2023. Stockholm: ECDC; 2024. Disponível em: [Monitoring of the responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries, 2023 \(europa.eu\)](#)
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024. Disponível em: [Hepatitis B – Annual Epidemiological Report 2022 \(europa.eu\)](#)

14. Bivegete S, McNaughton AL, Trickey A, et al. Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. *Eurosurveillance*. 2023;28(30). doi:10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738
15. Carvalhana SC, Leitão J, Alves AC, Bourbon M, Cortez-Pinto H. Hepatitis B and C prevalence in Portugal: disparity between the general population and high-risk groups. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;28(6):640-644. doi:10.1097/MEG.0000000000000608
16. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC Evidence brief: Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Disponível em: [Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA, 2024 \(europa.eu\)](#)
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024. Disponível em: [Hepatitis C - Annual Epidemiological Report for 2022 \(europa.eu\)](#)
18. Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, et al. Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024;36:100792. Disponível em: doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100792
19. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017. Disponível em: [Repositório INSA](#)
20. Cardoso et al, regional difference in Hepatitis Delta seroprevalence and epidemiology in Portugal, American association for the study of the liver disease, 2023
21. Valente C. Hepatite Delta em doentes coinfectados VIH/VHB: Porque é que este assunto importa? *Acta Médica Portuguesa* 2023; 36(6):451. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.19527>
22. Rosendal E, Von Schreeb S, Gomes A, et al. Ongoing outbreak of hepatitis A associated with sexual transmission among men who have sex with men, Portugal, October 2023 to April 2024. *Eurosurveillance*. 2024;29(21). doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.21.2400272
23. Instituto Português do Sangue e da Transplantação, Coordenação Nacional da Transplantação, Atividade Nacional Anual de Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células. Disponível [aqui](#).
24. Direção-Geral da Saúde. Norma 018/2020 de 27/09/2020 - Programa Nacional de Vacinação 2020 [Internet]. 2020 set. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
25. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 016/2017 de 14/08/2017 - Vacinação no âmbito do surto de hepatite A [Internet]. 2017 set. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162017-de-14082017-pdf.aspx>
26. Presidência Do Conselho De Ministros. Decreto-lei 183/2001, de 21 de Junho [Internet]. jun 21, 2001. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2001/06/142a00/35943601.pdf>
27. Direção-Geral da Saúde. Norma 027/2017 de 28/12/2017 - Avaliação Diagnóstica da Infecção por Vírus da Hepatite C [Internet]. 2017 dez. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0272017-de-28122017-pdf.aspx>

28. Direção-Geral da Saúde. Norma 028/2017 de 28/12/2017 - Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto [Internet]. 2017 dez. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282017-de-28122017-pdf.aspx>
29. Hepcludex | European Medicines Agency [Internet]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex>

# Anexo I

## Projetos de microeliminação da hepatite C Programa Autoestima

**Autor:** Maria José Santos

**Área do projeto:** O Programa Autoestima é um programa de saúde de âmbito regional, da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., dirigido a trabalhadores/as do sexo (TS) da região Norte do país.

**Objetivos:** Promover o acesso à prevenção, ao teste de rastreio, à vacinação, às consultas médicas e de enfermagem, ao apoio social e psicológico e o acesso a material preventivo, através de uma intervenção de proximidade integrada e de uma abordagem compreensiva no combate ao estigma e discriminação associados ao trabalho sexual.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Trabalhadores/as do Sexo nos diferentes contextos de trabalho – Indoor e Outdoor. Maioritariamente constituída por mulheres cisgénero (96%), pessoas migrantes (86%), especialmente afastadas das estruturas sociais e de saúde, em constante mobilidade, mais expostas às práticas sexuais de risco (o que cria uma necessidade de maior domínio/conhecimento sobre VIH e outras IST) e altamente estigmatizadas.

**Contexto/âmbito geográfico** Diferentes contextos de trabalho sexual, nomeadamente, Indoor (apartamentos, bares e gabinetes de massagens) e Outdoor (via pública, pensões).

Áreas geográficas de intervenção: Matosinhos, Vila Nova de Gaia, Porto, Maia, Santo Tirso, Valongo, Vila do Conde, Póvoa de Varzim, Braga, Póvoa de Lanhoso, Guimarães, Vila Nova de Famalicão, Barcelos, Viana do Castelo

**Descrição sumária do projeto:** Um dos pilares da intervenção desenvolvida nos centros de aconselhamento é o acesso a consultas médicas e de enfermagem, proporcionando o rastreio, diagnóstico e tratamento das principais IST, vacinação, principalmente contra a Hepatite B e o (HPV). A intervenção concretiza-se através dos circuitos diários das unidades móveis aos diferentes contextos de trabalho sexual, nomeadamente, Indoor (apartamentos, bares e gabinetes de massagens) e Outdoor (via pública, pensões) e nos centros de aconselhamento fixos, em Braga e Matosinhos, com consulta médica e de enfermagem, apoio social e psicológico. Todos os serviços prestados no âmbito do Programa Autoestima são anónimos, confidenciais e gratuitos.

**Resultados:** Em 2023, foram contactados(as) 1.903 Trabalhadores/as do sexo e realizados 6.460 contactos. O apuramento desta informação só foi possível devido à implementação do Código Único e ao Registo Diário de Atividade. De realçar que 59,64% dos contactos (3.853) foram realizados através das UM, nos diferentes contextos de trabalho sexual, o que demonstra a importância desta intervenção de proximidade junto desta população. Acederam a consulta médica 450 utentes e foram realizadas 866 consultas. No âmbito de um protocolo com o (INSA-Porto) são realizados rastreios às principais IST, através de serologias e exsudados vaginais.

Foram ainda administradas 763 doses de vacinas (VHB e HPV) e realizados 3.607 testes rápidos. Relativamente às Hepatites Virais foram realizados 784 testes para o VHB (1 positivo) e 936 para a hepatite C (2 positivos).

O Gabinete Social realizou 904 atendimentos em diferentes áreas (ação social, acesso à saúde, referência para serviços, apoio à legalização, apoio na habitação e apoio alimentar) e foram realizadas 345 consultas de psicologia. Foram distribuídos 898.468 preservativos externos (masculinos) e 8.102 femininos e 792 seringas.

### **Barreiras encontradas/constrangimentos identificados**

No contexto atual (extinção das ARS) será garantir a sustentabilidade e financiamento deste programa.

**Conclusões:** O Programa contribui para uma diminuição da incidência das IST junto de populações afastadas dos serviços de saúde, através de uma intervenção de proximidade facilitadora do acesso aos serviços de aconselhamento, do diagnóstico e referência, assim como através da implementação de estratégias de RRMD promotoras da saúde.

O rastreio destas infeções em contexto de proximidade, junto de populações de difícil acesso, promove a deteção precoce e início de tratamento, quando indicado, contribuindo, ainda, para o melhor conhecimento epidemiológico em Portugal em determinadas populações.

**Parcerias/apoios:** Financiado pela Administração Regional de Saúde do Norte

Organizações de Base Comunitária da região, com intervenção no Trabalho Sexual, Centros Hospitalares de São João/Santo António/Matosinhos/Gaia e Braga

## **Centro Social de Paramos – Equipa SMACTE**

**Autor:** Marília Costa

**Área do projeto/título:** Dependências e intervenção pela Redução de Riscos e Minimização de Danos: mecanismo de prevenção, deteção e tratamento de doenças infecciosas

**Objetivos:** Promover a redução de riscos e minimização de danos associados aos consumos de substâncias psicoativas e às práticas sexuais; promover cuidados de saúde e de higiene e contribuir para a progressiva estruturação biopsicossocial da população-alvo, impulsionando a promoção da cidadania

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Cerca de 150 pessoas consumidoras de substâncias psicoativas, maioritariamente heroína e crack, via fumada, e 30 pessoas com consumo de álcool. Tendencialmente: envelhecidas, homens, baixa escolaridade; desempregados de longa duração; família indisponível; higiene pessoal e alimentação precária; dificuldade em cumprir rotinas para além das associadas ao consumo; afastados da rede de serviços, porque não se identificam com o modus operandi.

**Contexto/âmbito geográfico:** Desenvolve-se no concelho de Espinho, em todas as suas freguesias: Espinho, Paramos, Silvalde, União de Freguesias de Anta e Guetim, distrito de Aveiro, região Norte Tem uma extensão de 21,06 km e 31.043 habitantes, segundo o INE (2021). A intervenção desenvolve-se maioritariamente com recurso a uma unidade móvel.

**Descrição sumária do projeto:** Aposta na prevenção de novas infeções, através de iniciativas como educação para a saúde, distribuição de material para consumo e práticas sexuais, cuidados de higiene. Disponibilização e incentivo de rastreios frequentes para deteção precoce e decisão informada. Peran-

te teste positivo, ativa-se a referência hospitalar, em parceria com o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho. A equipa assegura a sinalização, o acompanhamento às consultas (quando necessário) e a toma combinada dos antivirais em Programa de Substituição Opiácea (rentabilizando o contacto diário).

**Resultados:** O ponto de viragem do projeto e o aumento da adesão à terapêutica da Hepatite C foi a criação de uma consulta hospitalar de doenças infecciosas em Espinho, permitindo uma articulação mais ágil entre utentes e equipas. A uma boa resposta hospitalar associa-se o acompanhamento intensivo do SMACTE, potenciando a adesão ao tratamento e reduzindo o abandono. O projeto intervém junto de pessoas que se encontram numa fase de vida desorganizada a vários níveis, ocultas dos serviços hospitalares, em que os comportamentos de risco estão presentes em diferentes momentos do dia. Tem sido essencial manter a cadência da educação para a saúde, de rastrear frequentemente, de acompanhar em todo o processo (mesmo nas idas às consultas), de gerir e apoiar na toma da medicação e conseqüente follow-up. Os casos de abandono às consultas eram frequentes, inviabilizando o início da terapêutica e atualmente foram praticamente extintos.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** A desorganização da vida das pessoas acompanhadas torna a adesão aos rastreios e à referência hospitalar mais lenta.

A vantagem da TOD para quem é acompanhado em PSBLE, não é acessível a pessoas não vinculadas a esse programa, onde ainda se verifica maior dificuldade de adesão a todo o processo.

### Conclusões

São fatores essenciais ao sucesso a parceria de qualidade entre o Centro Social de Paramos e o hospital de referência, a relação de proximidade e de pragmatismo entre a equipa e utentes e o acompanhamento em todo o processo de ADR.

**Parcerias/apoios:** Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (serviço de Infeciosas).

## SER -SAÚDE EM EQUIPA DE RUA

**Autor:** Joana Sanches – Médicos do Mundo

**Área do projeto/título:** Comportamentos Aditivos e Dependências – Eixo Redução de Riscos e Minimização de Danos

**Objetivos:** Garantir o acesso a programa de RRMD associado ao consumo de substâncias psicoativas (SPA) e trabalho sexual no concelho de Barcelos, contribuindo para: a estruturação psicossocial dos utentes e aproximação às estruturas da rede social de suporte; a melhoria do estado de saúde da população alvo e aproximação aos serviços de saúde; o desenvolvimento comunitário e conhecimento epidemiológico do fenómeno.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Consumidores de SPA, Pessoas em Situação de Sem Abrigo (PSSA) e Trabalhadores do sexo, que se encontram socialmente estigmatizados e economicamente vulneráveis, com percursos profissionais pautados pela precariedade e desemprego, desintegrados de uma estrutura familiar e dos serviços, associado também a baixos níveis de escolaridade e problemas do foro judicial.

**Contexto/âmbito geográfico:** Intervenção em 3 freguesias do concelho de Barcelos: Barcelos, Arcozelo e Feitos. De acordo com o Resumo do Diagnóstico do Concelho de Barcelos (2017), “as freguesias de Barcelos e Arcozelo apresentam uma maior expressão da problemática de consumos das SPA e PLA e a freguesia dos Feitos enquadra-se numa área suburbana onde foi identificada a realização de trabalho sexual de rua.

**Descrição sumária do projeto:** O Projeto promove a aproximação de pessoas com consumos problemáticos de SPA aos serviços de saúde e estruturas formais da rede de suporte, promovendo a sua estruturação bio-psico-social, através de abordagens e respostas interdisciplinares no eixo de intervenção RRMD, de acordo com o diagnóstico social do concelho e sob orientação do Centro de Respostas Integradas de Braga e do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências.

Cedidos pela Câmara Municipal de Barcelos, estão afetos ao projeto: uma Unidade Móvel (carrinha adaptada), um espaço fixo e, mediante solicitação prévia, uma viatura de cinco lugares que permite à equipa a deslocação para fora do concelho de Barcelos essencialmente para acompanhamento dos utentes a serviços de saúde. Constituem atividades major do projeto: Apoio Psicossocial, Prestação de Cuidados de Saúde, Prevenção e rastreio de doenças infecciosas, Distribuição/troca de material de consumo, Distribuição de material preventivo e informativo, Atividades de informação e sensibilização à comunidade.

**Resultados:** Um total de 48 pessoas com anticorpos anti-VHC acompanhadas pela equipa. Em 2023, foram identificados 3 novos casos, através de rastreio rápido; 25 pessoas realizaram tratamento para hepatite, 16 foram acompanhadas a consultas de especialidade + 9 que reportaram tratamento já realizado com interferon ou AAD. Em 2023, foram tratadas 4 pessoas.

Destas, 8 pessoas com Carga Viral para VHC indetetável, sem necessidade de tratamento; 6 mantêm-se em seguimento em especialidade e aguardam tratamento; num dos casos, tratou-se de uma reinfeção.

Com 6 pessoas perdeu-se o contacto (migração dentro e fora do País, detenção ou abandono do tratamento. Registaram-se 3 óbitos.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Tempo de espera para 1ª consulta de especialidade; Distância do Hospital uma vez que os utentes têm que se deslocar de Barcelos ao Hospital de Braga; Nº de vezes que o utente tem de se deslocar ao hospital; falta de informação dos profissionais de saúde; Estigma e discriminação associados; Falta de recursos a todos os níveis para fazer face a todas as exigências que um trabalho de qualidade nesta área requer; Barreiras inerentes aos problemas sociais da população alvo.

**Conclusões:** Continuam a existir barreiras no acesso à saúde, particularmente no acesso a consultas e tratamento da hepatite C, com maior expressão nas populações em situação mais vulnerável como sejam as PSSA e os utilizadores de SPA. Essas barreiras acentuam-se em regiões fora das grandes cidades devido à distância em relação aos serviços, mas podem ser ultrapassadas, apesar das dificuldades, por equipas de proximidade como o Projecto SER.

Em 2023 foi possível a assinatura de um protocolo com a equipa de Gastroenterologia do Hospital de Braga, para a realização de um Projeto Piloto de Micro Eliminação de VHC em Barcelos. Este projeto, a decorrer em 2024, permite a realização de consultas descentralizadas, com a deslocação da equipa hospitalar ao espaço de atendimento do Projecto SER, para a realização de consulta de especialidade, recolha de sangue para análise e realização de elastografia hepática. Os resultados desta intervenção serão apurados em 2025.

**Parcerias/apoios:** ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (co-financiador), Câmara Municipal de Barcelos (co-financiador), CRI de Braga – Centro de Respostas Integradas de Braga, Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e para as Hepatites Virais, Programa de Troca de Seringas, Rede de Rastreio Comunitária, R3 – Riscos Reduzidos em Rede, Grupo de Acção Social Cristã (Projecto SORRIR – Eixo de Tratamento), Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Barcelos (Projecto Oficinas do Saber e Ser – Eixo de Reinserção)

## Projeto Adão e Eva II - Associação Existências

**Autores:** Paulo Anjos; Maria Lobo

**Área do projeto/título:** VIH, Hepatites virais, Prevenção, Promoção de Saúde, Redução de Riscos e Minimização de Danos

**Objetivos:** Promover o rastreio de VIH, VHB, VHC e Sífilis em Trabalhadores do Sexo (TS) e Clientes, Homens que têm Sexo com Homens (HSH), Utilizadores de Drogas (UDI) e Pessoas em situação de Sem-Abrigo, no distrito de Coimbra e em Viseu, garantir referência/adesão ao tratamento/ retenção nos cuidados de saúde; facilitar o acesso a preservativos, PrEP e PPE e promover a literacia em saúde.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Nos TS, 94% são de sexo feminino (8% mulheres trans), com idade média de 40 anos, 76% de nacionalidade brasileira e estatuto socioeconómico médio-baixo. Os HSH têm idade média de 30 anos, 63% têm nacionalidade portuguesa, há variabilidade no estatuto socioeconómico. Nos UDI e PSA, 85% e 87% são de sexo masculino, com 39 anos de idade média, baixo estatuto socioeconómico e integração social.

**Contexto/âmbito geográfico:** A intervenção decorre no distrito de Coimbra e na cidade de Viseu, em contexto de rua e estradas, zonas de consumo, apartamentos/ clubes (junto de TS) e outros locais identificados. Incluem-se zonas urbanas (Coimbra, Figueira da Foz, Pombal, Cantanhede, Viseu), rurais (apartamentos/clubes e rua), e estradas nacionais (N1/IC2, a norte e sul de Coimbra; EN 347/IC3 e N109 – zona da Figueira da Foz).

**Descrição sumária do projeto:** O Projeto intervém através de trabalho de campo direto, através de: transmissão de informação/ promoção da literacia sobre VIH/HV; distribuição de material preventivo; realização do rastreio de VIH, VHB e C e Sífilis, promovendo notificação anónima e rastreio de contactos; referência e apoio no acesso ao SNS, apoio no acesso à medicação e promoção da retenção nos cuidados de saúde; encaminhamento para estruturas de saúde e apoio social conforme necessidades identificadas; promoção do combate ao estigma/ discriminação associados ao trabalho sexual, uso de drogas e infeção VIH e Hepatites.

**Resultados:** Desde julho de 2015 realizou-se intervenção junto de 3712 pessoas, sendo 53% TS, 29% HSH, 18% UD e 10% SA. Entre julho de 2015 e abril de 2024, foram realizadas 5.251 sessões de rastreio, 3.192 testes de VHC e 2337 de VHB. Do total, 6% são UD, 1% de consumidores por via endovenosa, 2% PSA, 37% migrantes, 17% TS e 22% HSH. O resultado foi reativo em 27 testes VHC e 4 VHB. Cerca de 90% foram referenciados para estruturas de saúde para confirmação de resultado e acompanhamento clínico. Foi efetuado acompanhamento psicossocial sempre que a necessidade foi identificada. Os resultados indicam que 100% da PA recebeu material informativo/ preventivo, 90% recebeu informação e 85% apoios, em função das necessidades; 90% demonstra conhecer formas de transmissão de VIH/ IST; 85% do total e 75% dos UDI reporta comportamentos preventivos; 90% diz

utilizar o preservativo de forma correta e sistemática; 85% refere realizar regularmente rastreio VIH/IST e a maioria conhece direitos no acesso à saúde.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** A principal barreira encontrada prende-se com o acesso às populações e a resistência de alguns na realização regular do rastreio. Não obstante a facilidade na referenciação aos serviços de saúde, a retenção nos cuidados e a adesão à terapêutica é de difícil manutenção. As condições habitacionais, socioeconómicas, bem como a flutuação da população dificultam a regularidade do acompanhamento.

**Conclusões:** Globalmente os resultados obtidos são positivos, observando-se melhoria na literacia em saúde e na adoção de comportamentos preventivos. A intervenção de proximidade, em contexto outreach e com carácter regular são fundamentais. A elevada variabilidade e rotatividade na população, salientam a necessidade de continuidade do trabalho e da intervenção de proximidade que responda às necessidades específicas. O rastreio regular das HV é fundamental, sobretudo nos UDI. As particularidades das populações salientam a imprescindibilidade do acompanhamento que potencie a adesão aos serviços/ tratamento.

Parcerias/apoios : Administração Regional de Saúde do Centro, ARS I.P.: AMI - Assistência Médica Internacional; Porta Amiga de Coimbra; Associação Positivo; Centro Anti-Discriminação VIH; Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE - Unidade de Infeciologia; GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos; Hospital Infante D. Pedro - Serviço de Infeciologia; União de Freguesias de Coimbra; Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH; Programa Nacional para as Hepatites Virais; Programa de Troca de Seringas “Diga Não a uma Seringa em Segunda Mão”

### SARA VII – Serviço Anónimo de Rastreio e Aconselhamento – Leiria e Marinha Grande

**Autores:** Ana Patrícia Quintanilha e Telma Alves

**Área do projeto/título:** VIH, Hepatites virais, Prevenção, Promoção de Saúde, Redução de Riscos e Minimização de Danos

**Objetivos:** Promover o acesso à prevenção, a realização do teste de rastreio da infeção do VHC e adequada referenciação, garantindo o acesso a programas de redução de riscos e minimização de danos. nos grupos Homens que têm sexo com Homens, Trabalhadores do Sexo e seus clientes, população sem-abrigo e Utilizadores de Drogas Intravenosas nos concelhos de Leiria e Marinha Grande.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Desde janeiro de 2024, foram apoiadas 407 pessoas, sendo 47,5% TS, 10% HSH, 12 % UD, 4% UDI, 8% vive com a infeção do VIH, 3% pessoas em situação de sem abrigo, 2,5% migrantes e 13% população no geral.

Foram rastreadas 204 pessoas para o VHC, sendo 25% do género masculino, 71% do género feminino, 3,5% Trans-HM e 0,5% Trans-MH.

52% da população rastreada exerce trabalho sexual, 3% é UDI, 7% é UDF, 6% é HSH, 3,5% são pessoas Trans-H/M, 6% pessoas a viver na situação de sem abrigo, 4% migrantes, 1% clientes e 17% população geral.

60% da população rastreada é migrante, sendo a nacionalidade predominante a nacionalidade brasileira (90%) com cerca de 70% em situação administrativa irregular.

47% das pessoas encontram-se desempregadas, 12% estudantes e 2% reformados. No que diz respeito à faixa etária, 63% têm idades entre 18 e 44.

**Contexto/âmbito geográfico:** Casas particulares onde existe a prática de Trabalho Sexual, Espaços de diversão noturna de HSH/LGBTQIA+; Bares de alterne/strip-tease, centro fixo de projeto em Marinha Grande e ruas dos Concelhos de Leiria e Marinha Grande onde exista Trabalho Sexual, Utilizadores de Drogas e Sem-abrigo.

**Descrição sumária do projeto:** O Projeto garante a existência de uma Equipa formada, com vasta experiência em questões relacionadas com a Hepatite C e RRMD. Possui 3 Educadores de Pares - 1 HSH, 1 TS e outro UDI. Esta colaboração tem uma função/estratégia no aumento de comportamentos preventivos face à infeção pelo VHC e outras IST, no aumento da deteção precoce das infeções e o tratamento.

O Projeto desenvolve 5 atividades que se complementam entre si. As Equipas de Prevenção e Rastreio indoor e outreach compostas por 2 Técnicos deslocam-se a apartamentos onde existe Trabalho Sexual, Bares de alterne e locais de consumo de substâncias. A EPR efetua sessões de rastreios VIH, VHC, VHB e Sífilis e distribuição de material preventivo e redução de danos, presta apoio emocional adequado às características de cada pessoa e efetua o acompanhamento de Utentes aos cuidados de saúde, faz a referência Hospitalar das pessoas com resultados reativos e positivos sem acompanhamento clínico, atendimento psicossocial e acompanhamento das pessoas às consultas de forma promover a retenção nos cuidados de saúde, independentemente da sua situação administrativa no país.

**Resultados:** 204 pessoas fizeram rastreio ao VHC, 2 testes reativos ao VHC, 1 referência após rastreio, 1 referência sem rastreio e um utente não aceitou a referência.

2 utentes com acompanhamento às consultas no âmbito do tratamento da Hepatite C e 2 utentes encaminhados para CT com VHC positivo que irão ter acesso ao tratamento. 3 utentes com VHC abandonaram tratamento devido ao consumo crónico de álcool.

Dos 2 utentes referenciados, 1 teve alta por não ter carga viral detetável e o outro aguarda a primeira consulta. Outro utente referenciado no projeto anterior ainda aguarda primeira consulta.

Nos contextos da sua intervenção distribuiu 43.746 preservativos masculinos a TS e a HSH, foram trocadas 1818 seringas com entrega dos kits PTS.

O Projeto acompanha no total, 19 pessoas com VHC, 4 utentes concluíram tratamento estando indetetável para o VHC; 3 utentes recusaram tratamento, 5 abandonaram consultas não concluindo o tratamento, 2 encontram-se em CT e 2 aguardam primeira consulta há meses no HSA. Um utente acompanhado de origem caboverdiana, não tem qualquer documento de identificação, não tendo o projeto conseguido referenciar até à presente data.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Tempo de espera por parte do Hospital Santo André de Leiria no agendamento da primeira consulta da especialidade de Gastrenterologia e Hepatologia (utente a aguardar desde setembro 2023). O Projeto vai voltar a referenciar para o Hospital de Coimbra, e garantirá o acompanhamento dos utentes referenciados, por forma a garantir o tratamento, apesar dos custos inerentes às deslocações.

Desvalorização da doença por parte dos profissionais de saúde e dos próprios utentes; contacto com o Hospital Santo André difícil, não disponibilizando alternativas.

**Conclusões:** A Rede de Rastreio Comunitário, tem sido fundamental na deteção da Hepatite C e outras IST, nomeadamente na referenciação hospitalar para o tratamento. Antes da existência da Rede e de Projetos com intervenção na Prevenção e Tratamento, poucos utentes tinham acesso ao tratamento. O acompanhamento às consultas assegurado pelo Projeto facilita a adesão ao tratamento, no entanto, o tempo de espera até à primeira consulta e início do tratamento, faz com que vários utentes abandonem as consultas e o tratamento. 80% dos utentes acompanhados pelo Projeto que concluíram tratamento estavam em Comunidade Terapêutica.

### Designação: Sidade Alerta

**Autor:** Madalena Malheiros, ACOMPANHA – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL

**Área do projeto/título:** Infeção VIH, hepatites virais, infeções sexualmente transmissíveis

**Objetivos:** Contribuir para a diminuição de novos casos de hepatites virais (B e C) e para a redução da mortalidade atribuível a estas infeções na região Oeste, através da realização de rastreios, referenciação, acompanhamento e notificação anónima, apoiar no tratamento e apoio psicossocial e promover a literacia junto da população sobre este tema

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Maioritariamente com idades entre 18-24 anos (39%), 35-44 (17,3%). Ensino básico (33%), secundário (19%) desemprego (69%). Português (88%), Brasil (12%), UDI (11%), HSH (3,6%) e TS (2,7%), do Brasil, HSH portugueses 18-34 anos, trans, migrantes do Brasil, 18-24 anos. PUD, portugueses e migrantes de Leste, Peniche e Lourinhã, baixa literacia, rendimentos da pesca e pensões sociais. Integram o PTS e PSOBLE, pessoas sem-abrigo, portugueses, asiáticos e da Europa do Leste; problemas psiquiátricos e consumos sobrevivem com apoios sociais

**Contexto/âmbito geográfico:** Região Oeste, composta pelos concelhos de Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche, região com maior população estrangeira com residência, 1,7% Oeste, Portugal 0,8%. (INE). Peniche desemprego 18,8%. Poder compra 89,8% inferior às médias regional/nacional. Escolarização inferior a Portugal, rendimentos baixos e elevada expressão de prestações sociais, população com carências diversas e estruturais social/saúde.

**Descrição sumária do projeto:** Realizar sessões de rastreio de ao VHB e VHC na Região Oeste de forma anónima, confidencial e gratuita, com informação pré-teste e aconselhamento pós-teste, garantindo o acesso, a referenciação hospitalar e o acompanhamento. Promover a literacia em saúde e acesso a materiais de prevenção e informação. Apostar na testagem evitando consequências para a saúde de quem vive com o vírus, reduzindo a transmissão. Garantir o acesso à prevenção, rastreio e tratamento da doença hepática crónica, numa lógica de saúde pública, melhorando a rede de referenciação, o tratamento e capacitar a população geral sobre prevenção, diagnóstico e tratamento

**Resultados:** Realização de um protocolo de colaboração com a Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho do ACES Oeste Norte, tendo como finalidade contribuir para a diminuição de novos casos de hepatites virais, especialmente hepatite B e C, e para a redução da mortalidade atribuível a estas, nos utentes do ACES ON. Esta colaboração permitiu complementar o trabalho realizado pelo Projeto

Sidade Alerta, nomeadamente propor a realização do rastreio destas hepatites virais pelo menos uma vez na vida a todos os utentes do ACES ON, melhorar a rede de referenciação entre o ACES ON e os cuidados hospitalares – Centro Hospitalar do Oeste (CHO), assegurar o tratamento e a vigilância pós tratamento, capacitar os profissionais de saúde relativamente às hepatites virais, incluindo a prevenção e o diagnóstico das mesmas e capacitar a população em geral sobre a importância da prevenção e do tratamento adequado.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Não foram encontradas barreiras ou constrangimentos significativos

**Conclusões:** Entendemos de grande importância a continuidade de colaboração entre estes dois projetos até 2030. De modo a ir de encontro às metas da OMS, reduzir a incidência de hepatites virais crónicas e as suas consequências como a mortalidade atribuível a estas infeções. O Projeto continuará a intervir nesta área, é essencial continuar a desenvolver ações dirigidas à prevenção e apostar no diagnóstico precoce das populações com maior vulnerabilidade. O enfoque é apostar na testagem da população evitando assim, consequências para a saúde de quem vive com o vírus, como também reduzir a transmissão. Atingir as metas pretendidas é um caminho que obriga a uma metodologia bem definida, tendo por base uma intervenção de proximidade com o público-alvo demonstrando qualidade no trabalho desenvolvido de forma a criar laços de confiança para que possamos garantir o acesso destas populações à prevenção, rastreio e tratamento, numa lógica de saúde pública.

**Parcerias/apoios:** Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho do ACES Oeste Norte; ABBVIE; Direção-Geral da Saúde; Câmara Municipal de Peniche

### Designação: “Hep-ØN – Micro-eliminação das Hepatites Virais no Oeste Norte”

**Autores:** Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (USP-ZP) do ACES Oeste Norte (ACES-ON), Patrícia Pita Ferreira (gestora do projeto), Ana Cristina Pecante: Renato Martins; Carla Lopes; Cristina Costa; Ana Rita Moreira; Patrícia Oliveira; Catarina Perna; Daniela Louro; Rita Meireles Pedro; José Torres; Carlos Gomes; Inês Melo Martins

**Área do projeto/título:** Micro-eliminação das Hepatites Virais

**Objetivos:** Objetivos de Saúde: Reduzir a incidência de hepatites virais crónicas em 90% e reduzir a mortalidade atribuível a estas em 65% até 2030, na população residente na área de influência do ACES-ON.

Objetivos Operacionais (resumo): Aumentar o número de rastreios para VHB e VHC; integrar o rastreio sistemático da infeção por VHB e VHC nos procedimentos; formar os profissionais de saúde no tema “hepatites virais”; promover a literacia da população residente.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** A região tem enfrentado desafios como o envelhecimento populacional e a migração de jovens para áreas urbanas maiores. As taxas de natalidade tendem a ser mais baixas que a média nacional, enquanto o índice de envelhecimento é geralmente mais elevado. Verifica-se, ainda, uma proporção da população residente de nacionalidade estrangeira relevante (entre 4 a 7%).

Relativamente a Peniche, as taxas de incidência de VIH ultrapassavam, até há pouco tempo, as médias nacionais, e onde se estima ainda uma elevada prevalência da doença. Ainda que não exista uma análise direta à incidência e prevalência de hepatites virais crónicas, a literatura aponta para uma relação de proximidade entre a infeção VIH/SIDA, a hepatite B, a hepatite C e outras infeções sexualmente transmissíveis, por partilha de fatores comuns de risco e por denominadores comuns entre populações-chave e grupos vulneráveis

**Contexto/âmbito geográfico:** O ACES Oeste Norte era constituído pelos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche. A economia tem uma forte componente de serviços e turismo, mas mantém também atividades tradicionais como agricultura. Destaca-se ainda a presença de costa marítima e balnear, que contribui para a importante atividade piscatória desta região, sendo o Porto de Pesca e Recreio de Peniche um dos principais portos portugueses.

**Descrição sumária do projeto:** O projeto “Hep-ØN – Micro-eliminação das Hepatites Virais no Oeste Norte” foi implementado na região do Oeste Norte de Portugal, com o objetivo de reduzir significativamente a incidência e a mortalidade associadas às hepatites virais B e C, alinhando-se com os objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para eliminar a hepatite viral como ameaça à saúde pública até 2030. O projeto decorreu sob a forma de piloto no concelho de Peniche. Os objetivos incluem a prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento e educação sobre hepatites B e C. Os resultados do projeto-piloto são o ponto de partida para a sua expansão em toda a área de influência da atual Unidade Local de Saúde (ULS) do Oeste, bem como um exemplo de integração de cuidados para todas as ULS.

**Resultados:** Das 40 atividades do projeto no ano de 2023, foi possível comparar os valores obtidos com o valor da meta correspondente para o projeto-piloto em 30 delas (75%), tendo-se verificado o seu cumprimento em 27 dos casos (90%). Foi elaborado um procedimento interno para o rastreio/diagnóstico precoce de VHB e VHC e um procedimento interno sobre a vacinação contra a hepatite B. O procedimento procura promover o rastreio oportunista/diagnóstico precoce de VHB/VHC, pelo menos uma vez na vida, a todos os utentes adultos do ACES-ON, bem como promover o rastreio/diagnóstico precoce sistemático em populações vulneráveis, como pessoas em situação de sem-abrigo, utilizadores de drogas (injetáveis ou não), consumidores de álcool, pessoas que estão ou estiveram em situação de reclusão. Adicionalmente, estabelece o procedimento de referência adequado para os cuidados hospitalares, nomeadamente para o CHO. Foram realizadas 4 sessões de formação, abrangendo um total de 55 profissionais de saúde do ACES-ON, com pontuação média de 4,94/5 para o grau de satisfação e avaliação global. Foi celebrado, em parceria com o CHO, a Acompanha, a DGS e a Câmara Municipal de Peniche, o Dia Mundial contra as Hepatites. Foram realizadas duas sessões de testagem com apoio da Acompanha durante as Semanas Europeias do Teste.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** A reestruturação da USP do ACES-ON, com a criação das Unidades Locais de Saúde, não permitiu a formalização e assinatura de um Protocolo de Cooperação entre o ACES-ON e o CHO. A constituição da ULS do Oeste pode e deve alancar a abordagem integrada da gestão das hepatites virais.

Apesar de equacionado, não foram organizadas sessões de formação especificamente dirigidas à população geral do Oeste Norte, aproveitando-se a Semana Europeia do Teste da Primavera e do Outono e a celebração do Dia Mundial contra as Hepatites, bem como a comunicação externa do projeto “Hep-ØN”, para informar e educar sobre o risco de hepatites virais crónicas, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.

**Conclusões:** O projeto “Hep-ØN” está alinhado com a Agenda 2030, as metas globais da OMS e os objetivos do PNHV. A implementação do projeto “Hep-ØN” baseia-se em 3 eixos estratégicos distintos “Rastreamento de hepatite B e C”, “Acompanhamento dos doentes rastreados” e a “Literacia sobre doenças do fígado”. Foi proposto pela USP-ZP a inclusão do Projeto “Hep-ØN” no Plano de Negócios da ULS do Oeste, permitindo o alargamento do projeto piloto a todos os concelhos da nova ULS, e assim se atingir as metas propostas até 2030. O presente projeto-piloto poderá ter interesse em ser replicado noutras zonas do país, numa perspetiva de integração de cuidados, sendo essencial o apoio do PNHV para divulgação dos resultados e partilha de boas práticas.

**Parcerias/apoios:** Acompanha (cooperativa de solidariedade social); Centro Hospitalar do Oeste (CHO); Programa Nacional para as Hepatites Virais (Direção-Geral da Saúde)

Pontualmente, e no decurso das atividades do projeto “Hep-ØN”, foram estabelecidas parcerias verbais com a Câmara Municipal de Peniche, com os Bombeiros Voluntários de Peniche, com a Lota e Armadores de Peniche e com a empresa Thai Union.

### Prevenção e eliminação das Hepatites Virais no Centro de Acolhimento da Casa do Lago

**Autores:** Equipa Técnica do Centro da Casa do Lago

**Área do projeto/título:** Combate às hepatites virais e outras doenças infecciosas

**Objetivos:** Promover a consciencialização acerca dos benefícios da prevenção e eliminação das hepatites virais, tal como de outras doenças infecciosas às pessoas que estiveram em situação de sem abrigo e são utilizadores de substâncias lícitas e ilícitas, devido a sua maior vulnerabilidade e contribuir para a saúde pública em geral.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Na Casa do Lago são acolhidas pessoas em situação de sem abrigo e utilizadores de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sem enquadramento sociofamiliar na cidade de Lisboa e visa assegurar o acolhimento imediato, contribuindo para a redução de riscos e minimização de danos individuais e sociais, provocados pelos consumos de substâncias psicoativas.

**Contexto/âmbito geográfico:** A Casa do Lago desempenha um papel crucial na mitigação das problemáticas supramencionadas ao fornecer um ambiente seguro e de apoio, voltado não apenas às necessidades imediatas desta população, mas também o encaminhamento para estruturas de desabilitação e tratamento ou a reintegração socio profissional. A casa do Lago está localizada na Freguesia de São Domingos de Benfica e abrange toda a área de Lisboa.

**Descrição sumária do projeto:** Ações de informação e sensibilização para prevenção e eliminação das Hepatites Virais e outras doenças infecciosas; Realização de testes para rastreio e promover os benefícios da prevenção do VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) com parceria com o Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT); Disponibilização e incentivo a distribuição de material esterilizado e recolha e destruição de material utilizado por meio do Programa de Troca de Seringas em parceria com a Direção Geral da Saúde (DGS).

**Resultados:** No centro de acolhimento da casa do lago são realizadas iniciativas que têm disseminado cada vez mais a prevenção e auxiliado na eliminação das hepatites virais e outras doenças infecciosas

junto da população alvo e, conseqüentemente, da população em geral. Tais iniciativas ocorrem por meio de ações de informação e sensibilização realizadas pela equipa técnica, bem como através da parceria com o GAT, onde mensalmente são realizados rastreios que têm auxiliado na prevenção precoce e de transmissão destas doenças. Esta parceria também é facilitadora no diz respeito ao acesso ao tratamento. Outra parceria importante ocorre por meio do Programa de Troca de Seringas em parceria com DGS, onde é disponibilizado material esterilizado e é feita a educação sobre o uso de drogas injetáveis.

O centro tem capacidade para 35 utentes, os quais são beneficiados por esta iniciativa que, para além de conscientizar, prevenir, realizar o diagnóstico precoce e facilitar o acesso ao tratamento, também contribui para a coleta de dados epidemiológicos de monitoramento e para a redução de complicações e mortalidade.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Uma das principais barreiras vem de encontro com os estigmas que enfrenta a população que está ou já esteve em situação de sem abrigo e é utilizadora de substâncias lícitas e ilícitas, o que pode dificultar a procura por cuidados de saúde e a aceitação de intervenções preventivas como os testes de rastreio.

Contudo, tem-se trabalhado para sensibilizar a população por meio de abordagens centradas na pessoa de modo a superar as possíveis barreiras e melhorar a eficácia das iniciativas.

**Conclusões:** Estas iniciativas desenvolvidas são um passo significativo na promoção da conscientização e prevenção das hepatites virais e outras doenças infecciosas entre pessoas em situação de sem-abrigo. As ações de sensibilização, rastreio e troca de seringas, realizadas em parceria com o GAT e a DGS, têm sido eficazes na redução da vulnerabilidade a doenças infecciosas e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Apesar das barreiras, como o estigma social, as estratégias centradas na pessoa têm sido cruciais para superar esses desafios, beneficiando os utentes e contribuindo para a saúde pública.

**Parcerias/apoios:** Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT); Programa de Troca de Seringas da Direção Geral da Saúde.

## Prevenção e eliminação das Hepatites Virais no Centro de Acolhimento do Beato (CAB)

**Autores:** Equipa Técnica do Centro de Acolhimento do Beato

**Área do projeto/título:** abordagem e resposta às hepatites virais e outras doenças infecciosas

**Objetivos:** Promover a conscientização acerca dos benefícios da prevenção e eliminação das hepatites virais, tal como de outras doenças infecciosas às pessoas que estiveram em situação de sem abrigo devido a sua maior vulnerabilidade e contribuir para a saúde pública em geral.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** No CAB são atendidas pessoas em situação de sem abrigo, um grupo altamente heterogêneo, com uma ampla gama de condições sociodemográficas que variam amplamente em termos de idade, gênero, etnia, educação e saúde. Dentre as principais dificuldades (económicas, sociais, estruturais) enfrenta maior vulnerabilidade a doenças infecciosas e um acesso limitado à cuidados de saúde.

**Contexto/âmbito geográfico:** O CAB desempenha um papel crucial na mitigação das problemáticas supramencionadas ao fornecer um ambiente seguro e de apoio, voltado não apenas às necessidades imediatas desta população, mas também à sua reintegração social, econômica e em cuidados de saúde. O CAB está localizado na Freguesia de Penha de França, abrange e colmata as problemáticas desta zona, mas também de toda região de Lisboa.

**Descrição sumária do projeto:** Ações de informação e sensibilização para prevenção e eliminação das Hepatites Virais e outras doenças infecciosas; Realização de testes para rastreio e promover os benefícios da prevenção do VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) com parceria com o Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT); Disponibilização e incentivo a distribuição de material esterilizado e recolha e destruição de material utilizado por meio do Programa de Troca de Seringas em parceria com a Direção Geral da Saúde (DGS).

**Resultados:** No CAB são realizadas iniciativas que têm disseminado cada vez mais a prevenção e auxiliado na eliminação das hepatites virais e outras doenças infecciosas junto da população alvo e, consequentemente, da população em geral. Tais iniciativas ocorrem por meio de ações de informação e sensibilização realizadas pela equipa técnica do CAB, bem como através da parceria com o GAT, onde mensalmente são realizados rastreios que têm auxiliado na prevenção precoce e de transmissão destas doenças. Esta parceria também é facilitadora no diz respeito ao acesso ao tratamento. Outra parceria importante ocorre por meio do Programa de Troca de Seringas em parceria com DGS, onde é disponibilizado material esterilizado e é feita a educação sobre o uso de drogas injetáveis.

O CAB Beato tem capacidade para 271 utentes, os quais são beneficiados por esta iniciativa que, para além de conscientizar, prevenir, realizar o diagnóstico precoce e facilitar o acesso ao tratamento, também contribui para a coleta de dados epidemiológicos de monitoramento e para a redução de complicações e mortalidade.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Uma das principais barreiras vem de encontro com os estigmas que enfrenta a população que está ou já esteve em situação de sem abrigo, o que pode dificultar a procura por cuidados de saúde e a aceitação de intervenções preventivas como os testes de rastreio.

Contudo, tem-se trabalhado para sensibilizar a população por meio de abordagens centradas na pessoa de modo a superar as possíveis barreiras e melhorar a eficácia das iniciativas.

**Conclusões:** Estas iniciativas desenvolvidas no CAB são um passo significativo na promoção da conscientização e prevenção das hepatites virais e outras doenças infecciosas entre pessoas em situação de sem-abrigo. As ações de sensibilização, rastreio e troca de seringas, realizadas em parceria com o GAT e a DGS, têm sido eficazes na redução da vulnerabilidade a doenças infecciosas e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Apesar das barreiras, como o estigma social, as estratégias centradas na pessoa têm sido cruciais para superar esses desafios, beneficiando os utentes do CAB e contribuindo para a saúde pública.

**Parcerias/apoios:** Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT); Programa de Troca de Seringas da Direção Geral da Saúde.

## Rastreamento e Tratamento em programas de RRMD de Ares do Pinhal (Lisboa)

**Autores:** Coutinho, R., Caldeira, P., Pereira, C., Matos, J., Belo, E., Ares do Pinhal

**Área do projeto/título:** Consulta descentralizada de Gastrenterologia em Programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos de Ares do Pinhal (ADP)

### Objetivos

Rastrear: mais de 1000 utentes são acompanhados mensalmente nos projetos de RRMD de ADP em Lisboa. Estimamos que a prevalência de VHC ronda os 50% com  $\pm$  15% de coinfectados; Tratar: após o rastreamento e o diagnóstico importa tratar esta população em tempo útil; trata-se de uma população extremamente vulnerável, quer ao nível social quer ao nível da saúde.

### População alvo/caracterização sociodemográfica

No ano de 2023 foram rastreadas 845 utentes dos projetos RRMD de ADP. Destes, 53% são portugueses, 39% Asiáticos, 5% Europa de Leste, 2% Europa e 1% outros. A média de idades total é de 42 anos (portugueses 50 anos, migrantes 36 anos). 89% são do sexo masculino e 11% do sexo feminino. Grande parte encontra-se em situação de sem-abrigo, desempregada e com elevada prevalência de doenças físicas e mentais, desorganização social e comportamentos de risco.

### Contexto/âmbito geográfico

Em 2023 estabeleceu-se uma parceria formal com o Centro Hospital Universitário Lisboa Central (CHULC) criando-se uma consulta descentralizada de Gastrenterologia de apoio aos projetos RRMD de ADP. O projeto é desenvolvido em Lisboa dando resposta a 3 projetos de ADP. A consulta realiza-se nas instalações do Serviço de Apoio Integrado (sala de consumo vigiado) no Bairro Quinta do Loureiro (antigo Casal Ventoso), um bairro de consumo e tráfico de substâncias psicoativas.

### Descrição sumária do projeto

Este projeto dá resposta aos utentes do SAI, do Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE) e do Centro de Acolhimento de Emergência Municipal (CAEM) da Manutenção Militar. Estes utentes são rastreados para VIH, VHB, VHC e VDRL. Se o teste rápido for reativo para VHC ou VHB, são encaminhados para esta consulta e sinalizados ao CHULC, sendo enviada para o hospital a respetiva colheita de sangue efetuada nos projetos acima referidos para confirmação. O tratamento com Antivirais de Ação Direta (AAD) de segunda geração é feito em toma de observação direta (TOD). Após finalização do tratamento é avaliada a Resposta Viroológica Sustentada (RVS) para VHC. Em caso doença severa do fígado, mantém-se o acompanhamento na consulta descentralizada.

### Resultados

Reportando apenas ao VHC, dos 845 utentes rastreados nos programas da ADP, 483 apresentavam Anti-VHC positivo (57%), sendo que 103 eram ARNVHC positivo (21%), 329 tinham ARNVHC negativo (68%) e 51 desconhecemos (11%). Apenas 3,2% apresentavam AgHbs reativo. Quanto ao VIH, 10% apresentavam teste rápido reativo e 1% teste reativo a VDRL. Todos os utentes foram devidamente encaminhados. Dos 103 utentes com ARNVHC positivo, 53 são migrantes (51%), um italiano (1%) e os restantes 49 (48%) são portugueses.

Foram tratados/iniciaram tratamento 58 utentes sendo que dos restantes: 20 abandonaram o projeto após serem rastreados e 25 não têm número de SNS. A maior parte dos migrantes rastreados não tem número de SNS o que atrasa ou mesmo inviabiliza o tratamento. Nesse sentido estamos a envidar todos os esforços junto das entidades responsáveis para que estes utentes tenham acesso ao número de SNS de forma que possam também ter acesso ao tratamento.

### **Barreiras encontradas/constrangimentos identificados**

Os resultados de 2023 mostram uma mudança muito significativa nas características da nossa população devida fundamentalmente a um aumento muito significativo de população migrante. Esta população é muito vulnerável a nível laboral, habitacional e socioeconómico e coloca grandes dificuldades às equipas devido às condições em que vivem, às barreiras linguísticas e às diferenças culturais, tornando muito mais complexa a intervenção.

### **Conclusões**

Estando a população abrangida pelos projetos ADP a mudar é fundamental uma resposta adequada às necessidades dos seus beneficiários. Perante este novo paradigma torna-se crucial adaptar as estratégias para uma intervenção mais eficaz e inclusiva. Um dos grandes desafios deste programa é conseguir a adesão dos utentes aos projetos de ADP de forma consistente e consequentemente proporcionar a adesão à terapêutica. A proximidade aos utentes proporcionada por esta consulta descentralizada tem sido crucial para alcançar uma população que de outra forma não acede aos cuidados de saúde e tem sido fundamental para melhorar a adesão ao tratamento e os consequentes resultados clínicos nesta população de risco.

O aumento exponencial de casos de ARNVHC positivo na população migrante, preocupa-nos sobremaneira. Esse indicador, associado aos dados que recolhemos na nossa prática diária (alteração do padrão de consumo, com aumento de consumo endovenoso; iliteracia sobre práticas seguras de consumo, nomeadamente no que à partilha de material diz respeito), devem ser alvo de profunda reflexão, na procura de estratégias de ação para lidar com esta problemática.

**Parcerias/apoios:** CHULC; GILEAD; ABWIE.

### **Designação: Programa “Saúde + Perto”**

**Autores:** Maria Eugénia Saraiva, Sofia Melo Refoios, Gonçalo Bento & Filomena Pereira

**Área do projeto/título:** Eliminação do VHC: Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Monitorização do vírus da Hepatite C na Liga Portuguesa Contra a SIDA

**Objetivos:** Promover o acesso à prevenção, realização do rastreio e adequada referência das populações-chave. Pretende-se, igualmente, contribuir para a promoção da literacia sobre VHC, distribuindo materiais informativos e preventivos, o diagnóstico, o tratamento, a adesão terapêutica e monitorização.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** De 1/1/2023 a 1/5/2024 rastrearam-se 2611 pessoas ao VHC: 44,2% IMI; 13,7% HSH; 7,2% PSA; 5,1% Utilizadores Substâncias Psicoativas (USP); 4,7% TS, e 25,1% PG. A maioria são homens (56,3%), não nativos, solteiros, a viver em Lisboa, com o

ensino secundário e inseridos no mercado de trabalho, com uma média de idades de 43,3 (DP = 16,4) anos e mediana de 41 anos de idade.

**Contexto/âmbito geográfico:** Uma Unidade Móvel de Rastreios (UMR) percorre os concelhos de Lisboa, Loures e Odivelas, procurando zonas geográficas frequentadas por populações com maior risco de exposição ao VHC.

**Descrição sumária do projeto:** Através de uma equipa multidisciplinar promove-se, diariamente, a realização de sessões de rastreio gratuitas, voluntárias, confidenciais e anónimas ao VHC e outras IST, junto das populações-chave, como os USP e os SA, em contexto de outreach e indoor, promovendo a adesão terapêutica, a literacia em saúde e a monitorização destes utentes. De facto, sendo esta infeção assintomática, em que os sintomas surgem, frequentemente, em estado avançado da doença, a LPCS procura contribuir ativamente quer para o diagnóstico precoce, quer para a (re)ligação ao SNS, e para a eliminação do VHC.

**Resultados:** Das 2.611 sessões de rastreio ao VHC, 97 (3,7%) tiveram um resultado reativo (mediana de 52 anos de idade, maioritariamente homens nativos e solteiros, desempregados), tendo-se disponibilizado referência para o SNS à totalidade das pessoas que apresentaram este resultado com o objetivo de confirmar a análise e, em caso positivo, iniciar o tratamento. Foram referenciados 88% das pessoas com resultados reativos (perdeu-se contato com 7% destes utentes), sendo que 68% estiveram presentes na primeira consulta de hepatologia (20% ainda aguarda marcação de consulta), e, destas, 86% confirmaram a análise, sendo que 12,1% tinha o anticorpo em detrimento do vírus. Das pessoas que confirmaram o diagnóstico de VHC, a 94% iniciou o tratamento, mas 17 pessoas acabaram por abandonar o mesmo. Vinte e três pessoas das 47 que iniciaram o tratamento, finalizaram o mesmo, sendo que 78,3% já se encontra clinicamente curada. Cerca de 19% dos testes reativos ao VHC referem-se a rastreios de contacto.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** A volatilidade, vulnerabilidade e condições sociais específicas associadas a determinadas populações-chave tornam-se um desafio pois promovem a perda frequente de contato, impossibilitando a monitorização, bem como a taxa frequente de recusas para referência hospitalar e abandono do tratamento, na medida em que a saúde não é uma prioridade.

**Conclusões:** Indo ao encontro das metas propostas pela OMS, conclui-se que a LPCS continua a contribuir para alcançar as metas propostas até 2030. Uma em cada 27 pessoas testadas apresentou um resultado reativo ao VHC, num rácio de 5 homens por 1 mulher. As populações-chave apresentaram 88,4% dos resultados reativos, com enfoque nos USP (32,6%) e nos SA (29,5%). De igual forma, 68% destas populações apresentaram maior taxa de recusas de referência, abandono do tratamento, e dificuldade de contato para obtenção das informações necessárias para os relatórios, sentidas nas várias etapas da monitorização.

**Parcerias/apoios:** Ministério da Saúde; PNISTVIH; DGS; Hospitais de Referência; ACES; IHMT; Câmara Municipal de Lisboa; Câmara Municipal de Loures e Câmara Municipal de Odivelas.

## Projeto Diagnosticar precocemente na Linha de Cascais e Oeiras

**Autores:** Associação Ser+

**Área do projeto/título:** Hepatites Virais, Infecções sexualmente transmissíveis, Prevenção e Controlo da Infecção VIH e SIDA / Projeto Diagnosticar precocemente na Linha de Cascais e Oeiras

**Objetivos:** O objetivo geral deste projeto é aumentar o diagnóstico precoce das infeções VHC, VHB, VIH e Sífilis nas populações mais vulneráveis (como sendo os trabalhadores do sexo, os homens que fazem sexo com homens, população sem abrigo, reclusos, migrantes e utilizadores de drogas), nos concelhos de Cascais e Oeiras, bem como promover a sensibilização e prevenção nestas populações.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** O projeto pretende alcançar maioritariamente populações mais vulneráveis às infeções VIH e VHC, são elas: migrantes, HSH, Utilizador de Drogas, Trabalhadores do Sexo e seus clientes, Pessoas em condição de sem Abrigo e População Reclusa. No último ano e pelas parcerias estabelecidas, o alcance às PSSA, Reclusos e TS tem sido mais bem-sucedido ainda que cada uma destas populações apresente singularidades inerentes.

**Contexto/âmbito geográfico:** Região de Lisboa e Vale do Tejo, distrito de Lisboa, Concelhos de Cascais e Oeiras.

**Descrição sumária do projeto:** Pretende intensificar, em zonas de grande prevalência de VHC como Cascais e Oeiras, a realização do teste de rastreio da infeção VIH, Sífilis e Hepatites Virais em grupos populacionais mais vulneráveis como sendo os trabalhadores do sexo e seus clientes, população sem-abrigo, utilizadores de drogas intravenosas (UDI), homens que fazem sexo com homens, reclusos e populações migrantes, bem como contribuir para a sensibilização e prevenção nestas populações e com quem intervém diretamente. Estruturas locais públicas, como as autarquias de Cascais e Oeiras, os respetivos ACES e o Centro de Resposta Integrado do Eixo Cascais e Oeiras, DGRSP - entidades que integram consórcios de ambos os municípios no projeto FTC - são os parceiros pilares deste projeto, apoiando-nos na identificação das zonas geográficas prioritárias, na divulgação e aproximação às populações, e no encaminhamento e acompanhamento de pessoas que pretendem fazer os referidos rastreios. O projeto é dinamizado na sede da Ser+ e através de uma Unidade Móvel (UM) que se desloca a locais estratégicos de ambos os Concelhos, proporcionando a realização de testes rápidos de forma anónima, gratuita e confidencial, com aconselhamento pré e pós-teste, bem como a distribuição de material preventivo e informativo. Este projeto permite ainda alargar a extensão de atividades de prevenção e redução de riscos da Associação, como o Programa de Troca de Seringas e a distribuição de preservativos e material informativo.

**Resultados:** Religação de 3 pessoas com VHC detetável no teste molecular (Cepheid); 31 pessoas religadas aos cuidados de saúde e acompanhadas à primeira consulta; 10 pessoas religadas e acompanhadas à primeira consulta que confirmaram o seu resultado; 1 pessoa com resultado reativo ligada aos cuidados de saúde, com diagnóstico confirmado, acompanhada às consultas; 7 pessoas diagnosticadas que estão em tratamento durante os 12 meses do projeto.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** Os objetivos a que nos propusemos foram maioritariamente alcançados. Os indicadores que ficaram, abaixo do número previsto, devem-se ao facto de, na maioria dos casos, surgirem pedidos de religação aos cuidados de saúde ou de ligação de utentes recém-chegados a Portugal, sem ligação ao SNS.

**Conclusões:** Apesar do número de rastreios realizados não ter alcançado os objetivos previstos, realçamos a preocupação particular no apoio e ligação aos cuidados de saúde das pessoas com diagnóstico prévio de infeção (VHC, VHB e VIH) nomeadamente imigrantes recém-chegados ou em situação irregular em Portugal, sem inscrição no SNS, tendo sido feito um seguimento próximo (via telefone e email) para acompanhar a situação individual de cada um. Facilitámos o acesso ao SNS referenciando diretamente para os centros de saúde, orientando e esclarecendo dúvidas. Investimos na sensibilização para a adoção de comportamentos preventivos e aconselhamento telefónico perante potenciais situações de risco.

**Parcerias/apoios:** Estruturas locais públicas, como as autarquias de Cascais e Oeiras, os respetivos ACES e o Centro de Resposta Integrado do Eixo Cascais e Oeiras, DGRSP - entidades que integram consórcios de ambos os municípios no projeto Fast Track Cities.

### Programa de microeliminação de hepatite C para pessoas que consomem ou consumiram drogas – IN Mouraria

**Autores:** GAT em parceria com o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC) – Hospital Santo António dos Capuchos

**Área do projeto/título:** Programa de microeliminação de hepatite C para pessoas que consomem ou consumiram drogas num centro de rastreio e redução de danos de baixo limiar de exigência - GAT IN-Mouraria

**Objetivos:** Detecção e tratamento da hepatite C na população que consome ou consumiu drogas através de uma resposta integrada e de proximidade num centro de base

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Pessoas que consomem ou consumiram substâncias psicoativas, com práticas de consumo de risco para a saúde individual e pública, em situação de vulnerabilidade social extrema e com dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde da comunidade. Trata-se de uma população maioritariamente do sexo masculino a residir em Lisboa com uma elevada percentagem em situação de sem abrigo, com elevado risco para as infeções pelo VIH ou VHC e co-morbilidades físicas e mentais.

**Contexto/âmbito geográfico:** O projeto funciona no centro de rastreio e de redução de riscos GAT IN-Mouraria, considerado uma resposta à necessidade identificada no diagnóstico do território de Lisboa enquanto centro dirigido a pessoas que consomem drogas sem enquadramento sociofamiliar.

Está localizado no bairro da Mouraria em Lisboa e recebe pessoas maioritariamente de Lisboa, mas também de zonas envolventes. Opera com base num modelo “one-stop-shop” integrando valências de saúde e sociais.

**Descrição sumária do projeto:** O projeto, no âmbito da articulação entre o GAT e o CHULC, com o objetivo de detetar, referenciar e tratar as pessoas com diagnóstico de hepatite C, inclui as seguintes atividades:

Sessões educativas sobre consumo mais seguro de drogas (orientadas por pares ou enfermeiros); Testes rápidos integrados para o VIH, VHB, VHC e sífilis, com aconselhamento; Testes de reflexo PCR no local de atendimento para o VIH e o VHC; Ligação (e retenção) a serviços de cuidados de saúde com

navegação entre pares; Consulta descentralizada do CHULC para o tratamento da hepatite C; Consultas de enfermagem e consultas médicas sem marcação prévia; Distribuição de material para consumos e práticas sexuais mais seguras

**Resultados:** No período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2023, no que diz respeito ao rastreio rápido de HCV, foram realizados 512 testes e detetados 20 resultados positivos. No mesmo período, 20 pessoas foram à consulta descentralizada do CHULC para o tratamento da hepatite C. Do total de pessoas referenciadas para a consulta, 16 iniciaram tratamento, 13 terminaram o tratamento e destas todas curaram a hepatite C.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** As inúmeras vulnerabilidades da população alvo, nomeadamente no que diz respeito a necessidades básicas, habitação e suporte sociofamiliar traz desafios à adesão e retenção em tratamento na medida em que a saúde não é, por vezes, sentida como uma prioridade. O trabalho dos pares é fundamental para se ultrapassarem barreiras associadas a estigma e discriminação e no trabalho de motivação e suporte à ligação ao tratamento.

**Conclusões:** A oferta da consulta para o tratamento da hepatite C no GAT IN Mouraria, integrada com os outros serviços de redução de danos, de saúde e de suporte social constitui uma oportunidade para detetar, ligar e religar pessoas ao tratamento que já aderem ao centro de forma regular.

Com base nos resultados do projeto, considera-se que a prestação de tratamento para a hepatite C na população que consome drogas em serviços de redução de danos contribui para taxas de conclusão significativamente melhores do que em contextos clínicos formais. Estas respostas de proximidade contribuem ainda para a remoção de barreiras no acesso e adesão ao tratamento das populações mais vulneráveis.

**Parcerias/apoios:** Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Junta de Freguesia de Santa Maria Maior, Câmara Municipal de Lisboa (CML); Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.; Instituto da Segurança Social, Abbvie, Gilead, ViiV

## Designação: Rede de Rastreio Comunitária

**Autores:** Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

**Área do projeto/título:** Rastreio integrado (VIH, VHB, VHC, sífilis)

**Objetivos:** A Rede de Rastreio Comunitária é uma parceria entre o GAT, o ISPUP e o INSA, e tem por objetivo capacitar as organizações de base comunitária que trabalham com grupos chave da sindemia VIH, hepatites virais e infeções de transmissão sexual para que os seus serviços possam atuar como centros de informação, rastreio e ligação aos serviços públicos de saúde.

**População alvo/caracterização sociodemográfica:** Grupo-chave: mulheres cis, homens e pessoas trans que têm sexo com homens, pessoas que fazem sexo comercial e clientes, pessoas que usam drogas, migrantes de países endémicos e parceiro/as sexuais dos grupos acima listados.

**Contexto/âmbito geográfico:** A Rede de rastreio Comunitária é de âmbito nacional, e tem como membro as seguintes organizações de base comunitária: Acompanha, Agência Piaget para o Desenvol-

vimento – APDES, Associação Existências, Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social – AHSeAS, Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde – AJPAS, Associação para o Planeamento da Família – APF, Associação Positivo, Centro Comunitário de Esmoriz, Centro Social de Paramos, Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”; Gabinete de Atendimento à Família – GAF, Grupo de Ativistas em Tratamentos – GAT, InPulsar - Associação para o desenvolvimento Comunitário, Médicos do Mundo, Movimento de Apoio à Problemática da Sida – MAPS, Norte Vida, Novo Olhar II

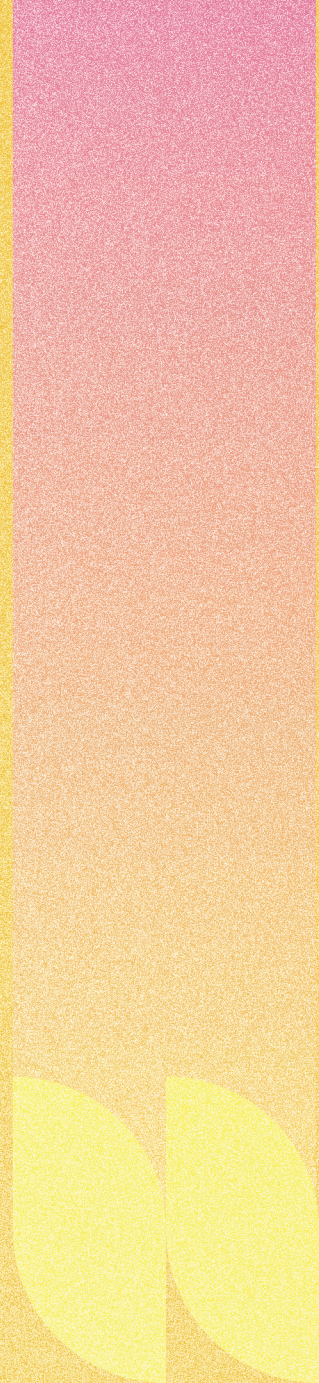
**Descrição sumária do projeto:** A Rede disponibiliza informação e treino para que as organizações possam desenvolver capacidade técnica para disponibilizar de forma anónima, confidencial e gratuita, as seguintes atividades: Informação sobre as infeções VIH, hepatite B (VHB), hepatite C (VHC) e sífilis e benefícios do rastreio atempado e regular; Testes rápidos para o VIH, VHB, VHC, sífilis com aconselhamento ajustado às necessidades específicas de cada um dos grupos chave; Referenciação e acompanhamento à primeira consulta médica da especialidade para todas as pessoas com resultados reativos; Integração do Programa de Ensaios de Qualidade Externa nas suas atividades de rastreio; Fornecer informação ajustada às necessidades dos grupos chave sobre redução de riscos e manutenção da seronegatividade ou intransmissibilidade no futuro.

**Resultados:** Em 2023, foram rastreadas 34.316 pessoas para o VHC, 26161 para o VHB, 44.741 para o VIH e 43.316 para a sífilis, com proporções de resultados reativos de 0,7%, 1,8%, 0,9% e 0,5% respetivamente. As pessoas rastreadas para o VHC correspondem a 46,5% homens cis e 50,9% mulheres cis. Cerca de 41% fez o teste pela primeira nesse ano e 3,9% não sabia se já o tinha feito.

**Barreiras encontradas/constrangimentos identificados:** A tipologia da Rede de Rastreio Comunitária não se enquadra em nenhum financiamento público, tendo vindo a perder financiamento privado ao longo dos anos, o que tem travado o seu crescimento e diminuído a sua oferta de serviços às organizações membros. Não integra novas organizações/locais de rastreio desde 2021, tendo já reduzido a sua contribuição no que diz respeito à distribuição de consumíveis para as sessões de rastreio. Atualmente, disponibiliza testes para as quatro infeções (VIH, VHB, VHC e sífilis) com limitações e assegura o pagamento PNAEQ para cada membro.

**Conclusões:** A oferta integrada de quatro testes rápidos na mesma sessão de rastreio, de acordo com critérios, maximiza as oportunidades de diagnóstico bem como é custo-eficaz. A Rede de Rastreio Comunitária possibilitou, em 2021, que as organizações em Portugal integrassem o teste de hepatite C na sua oferta de rastreio integrado. Os resultados do trabalho da Rede representam um passo significativo na geração do conhecimento sobre a hepatite C em Portugal (através de um sistema de monitorização), sendo os seus dados reportados na Declaração de Dublin. O conjunto de parcerias é única no país, criando uma ligação estreita entre a academia, as organizações da sociedade civil e os serviços formais de saúde, tendo implementado um controlo externo de qualidade, seguindo as orientações da OMS.

**Parcerias/apoios:** Parceiros -: ISPUP e INSA; Apoio – Abbvie, Janssen, Gilead e Viiv.



**Direção-Geral da Saúde**

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500

Fax: +351 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)