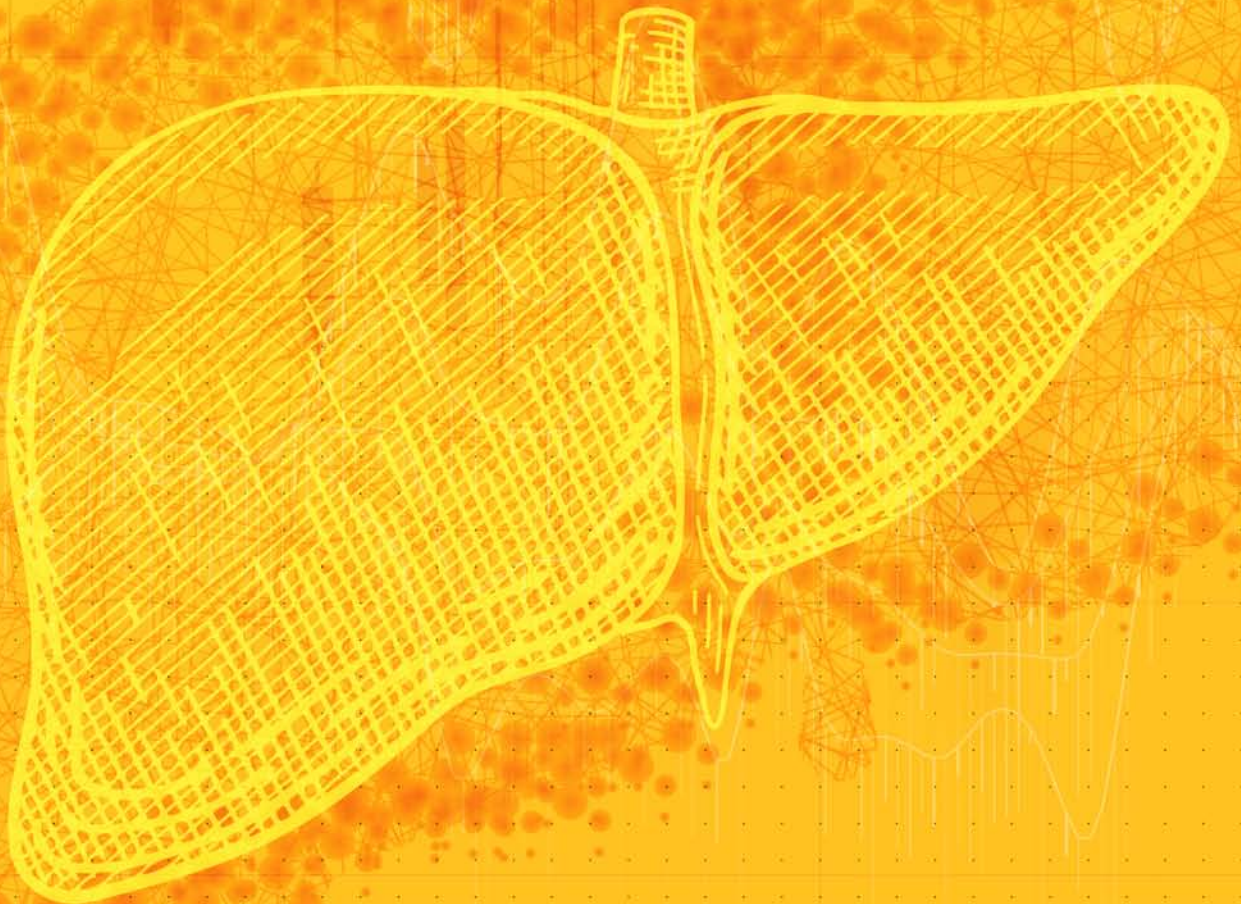


PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

RELATÓRIO

2023



**PROGRAMA NACIONAL
PARA AS HEPATITES VIRAIS**
RELATÓRIO
2023

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

RELATÓRIO DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS 2023.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2023

PALAVRAS CHAVE

Hepatites virais, hepatite A, hepatite B, hepatite C, hepatite D, 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
pnhepatites@dgs.min-saude.pt
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, João Vieira Martins, Maria Isabel Alves, Maria João Albuquerque, Pedro Pinto Leite, Vítor Cabral Veríssimo.

Lisboa, julho 2023

Índice

Siglas e Acrónimos	8
Sumário em linguagem clara	9
Considerações Prévias	11
Enquadramento	12
I. Vigilância Epidemiológica	16
1.1. Portugal no contexto europeu e internacional	16
1.2. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	21
1.3. Dados de Prevalência e Incidência de Hepatite B e Hepatite C	23
1.4. Surto de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica	23
1.5. Hemodiálise e diálise peritoneal	24
1.6. Pessoas que utilizam drogas	25
1.7. Internamentos	26
1.8. Mortalidade	28
II. Atividades realizadas	29
2.1. Prevenção	30
2.2. Rastreio e Diagnóstico	33
2.3. Tratamento	40
2.4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado	43
2.4. Participações internacionais	46
III. Roteiro de Ação para 2024	48
3.1. <i>World Hepatitis Alliance</i>	49
Referências bibliográficas	50
Anexos	53
Projetos de microeliminação da hepatite C	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. Número de casos confirmados em Portugal notificados em SINAVE, por hepatite viral e por sexo, de 2015 a 2022	22
Tabela 2. Prevalência de Hepatite B e Hepatite C em doentes em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2021	24
Tabela 3. Hepatite C nos utentes em tratamento da toxicod dependência , total de utentes e consumidores de droga injetada, Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental), 2021	25
Tabela 4. Hepatite B nos utentes em tratamento da toxicod dependência, total de utentes e consumidores de droga injetada, Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental), 2021	26
Tabela 5. Doenças infecciosas nos reclusos em tratamento da toxicod dependência, situação a 31/12 de cada ano	26

Índice de Gráficos

Figura 1. Objetivos da OMS para 2030, de redução de novos casos e de mortes por hepatites virais crónicas B e C	13
Figura 2. Distribuição dos casos de hepatite C recentemente diagnosticados por 100 000 habitantes por país, UE/EEE, 2021	18
Figura 3. Estimativas nacionais da prevalência do ARN da hepatite C, 2022¹⁶	18
Figura 4. Distribuição dos casos de hepatite B recentemente diagnosticados por 100 000 habitantes por país, UE/EEE, 2021	19
Figura 7. Cobertura do rastreio pré-natal nos países da UE/EEE que implementam o teste pré-natal universal para o VHB em 2020	21
Figura 8. Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, de 2013 a 2022	27
Figura 9. Número de internamentos por hepatite B crónica	28
Figura 10. Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal de 2017 a 2021	28
Figura 11. Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, em Portugal	31
Figura 12. Número de vacinas administradas contra a hepatite A de Janeiro de 2020 a Junho de 2023, em Portugal Continental	32
Figura 13. Número de seringas distribuídas por ano em Portugal (1993 – 2022)	32
Figura 14. Número de preservativos distribuídos, 2018 - 2022	33
Figura 15. Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais (2017 – 2022)	34
Figura 16. Número de testes anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais (2017 – 2022)	34
Figura 17. Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (2017 – 2022)	35

Figura 18. Número de testes de anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (2017 – 2022)	35
Figura 19. Número de testes de AgHBs prescritos em contexto hospitalar (2017 – 2022)	36
Figura 20. Número de testes de anti-VHC prescritos em contexto hospitalar (2017 – 2022)	36
Figura 22. Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos	38
Figura 23. Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015 - 2022	41
Figura 24. Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015 - 2022	41
Figura 25. Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015 - 2022	42
Figura 26. Save the date Encontro Nacional “Eliminação da Hepatite C em Portugal – Os Microeliminadores”	44
Figura 27. Infografias campanha Semana Europeia do Teste	45
Figura 28. Iluminação de edifícios do Município da Amadora	45
Figura 29. Infografias Dia Mundial Hepatites 2022	46
Figura 30. Cimeira Mundial das Hepatites 2024	49

Siglas e Acrónimos

AAD	Antivirais de Ação Direta	INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
anti-VHC	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C	IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde	IST	Infeção/Infeções Sexualmente Transmissível/Transmissíveis
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde	LGBTI	Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo
AgHBs	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B	OMS	Organização Mundial da Saúde
ALT	Alanina Aminotransferase	ONG	Organização não-Governamental
ARN VHC	Ácido Ribonucleico do Vírus da hepatite C	PNHV	Programa Nacional para as Hepatites Virais
ARS	Administração Regional de Saúde	PNS	Plano Nacional de Saúde
AS	Autoridades de Saúde	PTS	Programa Troca de Seringas
AST	Aspartato Aminotransferase	RVS	Resposta Viroológica Sustentada
CDC	<i>Centers for Disease Prevention and Control</i>	SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
CHC	Carcinoma hepatocelular	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais	SNS	Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde	SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
DNO	Doenças de Notificação Obrigatória	TFGH	<i>Hepatitis B and C Public Policy Association</i>
DSIA	Direção de Serviços de Informação e Análise	UE/EEE	União Europeia / Espaço Económico Europeu
EASL	<i>European Association for the Study of the Liver</i>	UEG	United European Gastroenterology
EATG	<i>European AIDS Treatment Group</i>	VHA	Vírus da hepatite A
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>	VHB	Vírus da hepatite B
ELPA	<i>European Liver Patients' Association</i>	VHC	Vírus da hepatite C
EMA	Agência Europeia do Medicamento	VHD	Vírus da hepatite Delta
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>	VHE	Vírus da hepatite E
FNCS	Fórum Nacional da Sociedade Civil do VIH, Hepatites Virais e Tuberculose	VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamento	VHPB	Viral Hepatitis Prevention Board
HSB	Homens que têm Sexo com Homens	WHA	<i>World Hepatitis Alliance</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística		
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde		

Sumário em linguagem clara

O que é este documento?

Trata-se do Relatório, do ano de 2023, do Programa Nacional das 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 último ano (2022) e traça um roteiro de ação para o ano de 2024.

Quais são as principais conclusões?

- A doença hepática no seu conjunto, incluindo as comorbilidades, consumo excessivo de álcool e fígado gordo, é uma das mais importantes causas de mortalidade precoce em Portugal (<75 anos); se se adicionar a morte por cirrose hepática à provocada por tumor maligno do fígado constitui a quarta causa de morte.
- Regista-se uma tendência crescente no número de testes de hepatite B e hepatite C realizados em contextos diversos de prestação de cuidados.
- Há necessidade de manter o enfoque na promoção da realização do teste da hepatite B e C, pelo menos uma vez na vida bem como atentar para o diagnóstico precoce da doença hepática, no contexto da vigilância de saúde da população.
- O reconhecimento internacional pelas estruturas europeias (ECDC) e mundiais (OMS) do excelente trabalho realizado em Portugal no domínio das hepatites virais, integrando de modo muito determinado as organizações não governamentais, que atuam no terreno.

Summary in plain language

What is this document?

This document is the Report of the National Programme for Viral Hepatitis 2023, which is part of the Priority Health Programmes implemented by the Directorate-General of Health.

What's on the document?

The document aims to describe the current situation of viral hepatitis in Portugal.

It describes the clinical and social characteristics, synthesis the main activities of epidemiological surveillance, prevention, diagnosis, and treatment developed in 2022 and outlines the 2024 Action Roadmap.

What are the main conclusions?

- Liver disease, including comorbidities, excessive alcohol consumption and fatty liver, is one of the most important causes of early mortality in Portugal (<75 years); by adding death from liver cirrhosis caused by a malignant liver tumour, it is the fourth leading cause of death.
- There is an increasing trend in the number of hepatitis B and hepatitis C tests performed in different healthcare settings.
- There is a need to maintain the focus on promoting testing for hepatitis B and C, at least once in a lifetime, as well as paying attention to the early diagnosis of liver disease, in the context of population health surveillance.
- ECDC and WHO recognise the excellent work carried out in Portugal in the field of viral hepatitis, with the very important involvement of non-governmental organizations working in the field.

O que se quer atingir em 2024?

- Cumprir de forma global os objetivos definidos 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, levando a mortalidade precoce, 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 B na população adulta e melhorar o conhecimento sobre o tratamento da hepatite B em Portugal.
- Promover o acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da prescrição médica.

What do we want to achieve in 2024?

- Overall meet the goals defined by the WHO for 2030, i.e. reduction of hepatitis B and C incidence by 90% and of deaths associated by 65%.
- Improve the knowledge of the epidemiological distribution pattern and the integrated response of viral hepatitis in Portugal.
- Improve the literacy of the general population concerning “viral hepatitis”, from the perspective of the more global framework of hepatitis, namely as oncogenic entities, leading to early mortality, aggravated by less healthy lifestyles.
- Train health professionals on viral hepatitis in its global dimension, namely the reduction of the risk of progression to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma.
- Promote hepatitis B vaccination for the adult population and improve the awareness and knowledge about the treatment of hepatitis B in Portugal.
- Promote immediate access to hepatitis C treatment at the time of medical prescription.

Considerações Prévias

A criação do Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) em 2016, surge no contexto da classificação das hepatites virais como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, procurando assim alcançar a meta ambiciosa de as eliminar em Portugal até 2030.

Com a nomeação de uma nova Direção, através do Despacho 9215/2021, de 17 de setembro¹, a constituição de uma equipa dedicada e a alocação de um orçamento próprio, o Programa comprometeu-se com a missão de eliminar as hepatites virais B e C minimizando as suas consequências até 2030 enquanto problema de saúde pública, de acordo com os objetivos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A partir de uma ação concertada, multisectorial e multidisciplinar, preconiza, para o período de 2022 – 2024, interromper a cadeia de transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal, através do reforço das estratégias preventivas, do diagnóstico precoce das infeções e do acesso ao melhor tratamento disponível.

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

Os dados disponíveis demonstram que Portugal continua a apresentar elevadas taxas de cobertura vacinal contra a hepatite B nas diferentes coortes. Registam-se tendências crescentes no número de testes de pesquisa de AgHBs e de anticorpos anti-VHC, quer em contexto de prescrição nos cuidados de saúde primários e hospitais, quer através do rastreio de base comunitária.

O tratamento da hepatite C tem sido disponibilizado em crescendo, com taxas de cura elevadas. 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 por norma têm menor acesso aos cuidados de saúde. Este relatório dá destaque, pela primeira vez, ao que de melhor tem sido feito, através de várias iniciativas de microeliminação das hepatites virais B e C.

Parece haver também uma melhoria na notificação de casos confirmados de todas as hepatites no SINAVE de 2021 para 2022 e, particularmente uma tendência crescente de notificação de casos confirmados de hepatite B e hepatite C no SINAVE desde 2020.

1. Direção-Geral da Saúde. Despacho n.º 9215/2021, de 17 de setembro [Internet]. Sec. Série II, ° 9215/2021 set 17, 2021 p. 130-1. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9215-2021-171516123>

Enquadramento

Apesar de serem conhecidas cinco hepatites (hepatites A, B, C, D e E), as mais relevantes 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 1,34 milhões de mortes por ano (cerca de 4 000 por dia). A mortalidade por hepatites virais ultrapassa a mortalidade por outras doenças infecciosas, como a infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (680 000), a malária (627 000), sendo similar à mortalidade por tuberculose (1,4 milhões).²

A OMS estima que vivam em todo o mundo cerca de 58 milhões de pessoas com o vírus da hepatite C, que morram anualmente 290 000 por cirrose ou carcinoma hepatocelular, surgindo todos os anos cerca de 1,5 milhões de novas infeções. Para a hepatite B, as estimativas apontam para cerca de 300 milhões de pessoas que vivem com essa infeção, 820 000 mortes por ano e 1,5 milhões de novas infeções.¹

Na região europeia, 14 milhões de pessoas vivem com hepatite C e 112 500 pessoas morrem anualmente por esta infeção. A prevalência na Europa Ocidental e na Europa Central é de 0,5%, e entre 3 e 6% na Europa de Leste e na região Euro-Ásia.³

Nas pessoas com hepatite C crónica, o risco de evolução para cirrose é de 15-30% aos 20 anos, e em caso de cirrose a probabilidade de evolução para carcinoma hepatocelular é de 10-40% aos 20 anos.

A OMS define como metas até 2030, a redução em 90% do número de novos casos de infeção por hepatite B e hepatite C e a redução da mortalidade associada a essas infeções em 65%. Estes objetivos correspondem a uma redução das atuais 6 a 10 milhões de novas infeções para 1 milhão de novas infeções e a uma redução dos atuais 1,4 milhões de mortes para menos de 500 000 mortes, em 2030.⁴

2. World Health Organization. Ten years in public health, 2007–2017: report by Dr Margaret Chan, Director-General, World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. 152 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255355>

3. WHO Europe. Health topics. Hepatitis EURO [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/health-topics/hepatitis>

4. 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>

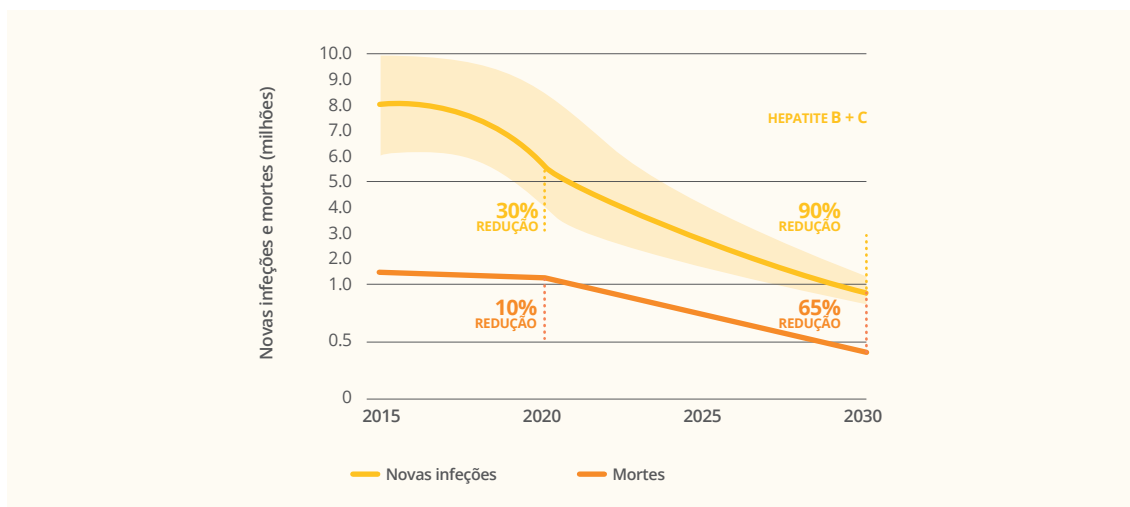


Figura 1. **Objetivos da OMS para 2030, de redução de novos casos e de mortes por hepatites virais crônicas B e C**

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2016⁵

A. Hepatites virais

O termo hepatite viral refere-se à doença causada por um dos cinco vírus com aptidão 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).

Em Portugal todas as hepatites virais integram a lista de doenças de notificação obrigatória com exceção da hepatite D.

As infeções por vírus da **hepatite A** e **hepatite E** são transmitidas por via fecal-oral, geralmente por contacto direto de pessoa para pessoa ou através do consumo de alimentos ou água contaminados. **A hepatite A**, é em geral, autolimitada e atendendo à melhoria das condições sociais e sanitárias, bem como à vacinação, o número de casos nas últimas décadas tem diminuído.

A **hepatite E** geralmente produz uma doença leve, no entanto, pode assumir formas graves, particularmente em mulheres grávidas. Em pessoas imunocomprometidas, pode assistir-se à evolução para formas crónicas e doença hepática avançada. Nesta população, a existência de testes de biologia molecular, sobretudo em indivíduos transplantados ou com infeção por VIH, facilita o diagnóstico.

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

A **hepatite B** é transmitida através de fluídos corporais, nomeadamente através do sangue, relações sexuais e de mãe para o filho durante ou imediatamente após o parto. Portugal está na meta da eliminação até 2030, tendo a vacinação contribuído largamente para a escassez de novos casos.

5. 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>

A vacinação contra a hepatite B, para além da prevenção da infeção, tem impacto na prevenção do cancro hepático. De acordo com o CDC (Centers for Disease Prevention and Control), 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; adultos com idade superior ou igual a 60 anos e sem fatores de risco, também podem ser vacinados.^{6,7}

A **hepatite C** é, maioritariamente, transmitida através do contacto com sangue infetado. Apesar da transmissão por via sexual ser menos frequente, tem-se assistido a uma mudança epidemiológica, reconhecendo-se um maior número de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH). A transmissão durante a gestação /parto estima-se em 4 - 7%. O tratamento tem taxas de eficácia >95%, tendo o número de casos tratados nos últimos anos, contribuído de forma substancial para o cumprimento das metas propostas pela OMS.

A **hepatite D** (ou hepatite delta) infeta exclusivamente indivíduos infetados por vírus da hepatite B, 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 fluidos corporais, principalmente através da partilha de materiais com sangue.

Tem-se assistido a uma diminuição dos casos de hepatite delta desde os anos oitenta, graças à implementação da vacinação contra a hepatite B. A infeção por VHD poder ser prevenida da mesma forma que a infeção por hepatite B.

O posicionamento de Portugal, em relação às hepatites virais, é bastante satisfatório, mas deve insistir-se no rastreio precoce e na atempada referenciação dos casos diagnosticados. O fenómeno da migração constitui hoje um problema que pode acarretar mudanças epidemiológicas, pelo que o rastreio das hepatites virais B e C e a vacinação contra a hepatite B deveriam ser propostas nesta população.

B. Ciclo do Fígado

A doença hepática é uma doença silenciosa, raramente apresentando sintomas nas fases iniciais da doença. Após uma infeção aguda (muitas vezes subclínica), 55% a 85% dos casos de hepatite C e 5% dos adultos com hepatite B aguda evoluem para a cronicidade. A transmissão do VHB que ocorre nos períodos perinatal e infância apresenta taxas de cronicidade muito mais elevadas (pode chegar aos 90% em alguns casos). O fígado tem uma resposta monótona 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 do carcinoma hepatocelular (CHC). O risco de carcinoma hepatocelular 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, de nível internacional: Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Centro Hospitalar Universitário do Porto. O transplante hepático pediátrico está sediado em Coimbra.

6. 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>

7. CDC. Adult Immunization Schedule – Healthcare Providers | CDC [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>

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. Em 2022, notou-se uma tendência para retoma dos índices prévios à pandemia COVID, com 202 casos em comparação com 193 em 2020. 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 (IPST).

A doença hepática tem de ser vista como uma entidade complexa, havendo a necessidade de integração na rede de Cuidados Paliativos. Neste contexto, surgiram recentemente recomendações da *American Association for the Study of Liver Diseases*⁸. Por outro lado, a doença hepática deve ser contextualizada também como uma causa da síndrome da fragilidade (*Frailty Syndrome*)⁹ e de sofrimento (*Suffering*)¹⁰.

C. Cirrose

O fígado é um órgão complexo, com uma multiplicidade de funções que incluem a síntese de proteínas, eliminação de toxinas, síntese de bÍlis, 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 são por nódulos regenerativos e fibrose, com consequente desorganização da arquitetura lobular e vascular. As consequências destas alterações incluem perda da função hepática (acima referida) 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*). O tratamento anti-vírico das hepatites C e B está associado à redução do risco de carcinoma hepatocelular (CHC). Os antivíricos devem ser vistos como tratamentos preventivos do cancro do fígado. O CHC é dos tumores malignos com pior prognóstico, com esperança média de vida de 10% ao fim de 5 anos.

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 com contornos irregulares), elastografia hepática transitória (exame não invasivo com ultrassons), ou através de scores baseados em análises sanguíneas comuns^{11,12}: APRI e FIB-4 (Fibrosis-4 (FIB-4) *Index for Liver Fibrosis*.

8. 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: 10.1002/hep.32378. Epub ahead of print. PMID: 351039959.

9. 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: 10.1002/hep.32378. Epub ahead of print. PMID: 35103995

10. 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.

11. MDCalc [Internet]. Fibrosis-4 (FIB-4) Index for Liver Fibrosis. Disponível em: <https://www.mdcalc.com>

12. 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.

I. Vigilância Epidemiológica

O planeamento da resposta nacional à infeção pelos vírus das hepatites implica um conhecimento válido e atualizado da situação destas infeções em Portugal. Assim, é importante conhecer a magnitude e as tendências da infeção pelos vírus da hepatite a diferentes níveis: conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam o risco; incidência e prevalência; morbidade e mortalidade; e a dimensão da resposta existente e seus resultados.

Este capítulo pretende caracterizar as hepatites virais em Portugal, designadamente na população em geral, e especificamente na população que utiliza drogas, na população reclusa, nos doadores de sangue, nas pessoas hemodialisadas, doadores e recetores de transplantes, entre outras.

A informação constante deste capítulo provém de múltiplas fontes de diversos organismos, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) (Programa Nacional de Vacinação e plataforma de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e as Organizações não-Governamentais que atuam nesta área.

1.1. Portugal no contexto europeu e internacional

Estima-se que vivam 4,7 milhões de pessoas infetadas com hepatite B crónica e 3,9 milhões de pessoas infetadas com hepatite C crónica na União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE). Na UE/EEE, estima-se que as hepatites virais crónicas sejam a causa de 55% das mortes por neoplasia do fígado e a causa de 45% das mortes por cirrose. Apesar da incidência das infeções por VHB e VHC ter diminuído nos últimos anos na região europeia, devido essencialmente à vacinação contra a hepatite B e ao tratamento contra a hepatite C (um benefício conhecido como tratamento como prevenção), as metas internacionais preconizadas pela OMS estão longe de ser atingidas na nossa região e, inclusivamente, poderemos vir a observar um incremento da morbidade e da mortalidade associada às hepatites virais crónicas se as respostas a este problema de saúde pública não forem escaladas.¹³

Portugal tem sido referido como um exemplo internacional no caminho para a eliminação das hepatites virais crónicas (disponibilização do tratamento da hepatite C a todas as pessoas infetadas, elevadas taxas de cobertura de vacinação contra hepatite B, políticas amigáveis no contexto dos comportamentos aditivos e das dependências), mas as hepatites B e C são doenças epidemiologicamente complexas que não só afetam uma grande variedade de populações vulneráveis, como também são doenças insidiosas que cursam muito tempo de forma assintomática. Adicionalmente, são doenças que ainda experienciam uma reduzida consciencialização por parte dos profissionais de saúde e por parte das populações. Dado estas características, Portugal e os restantes países ainda têm um longo caminho a percorrer se se quiser atingir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável para 2030 de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública. A redução da incidência e da mortalidade atribuível às hepatites virais crónicas passa invariavelmente por uma forte abordagem multidisciplinar, baseada em dados epidemiológicos sólidos.

13. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries: 2020 data. [Internet]. LU: Publications Office; 2022. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/245108>

Portugal é um dos 11 estados-membro da UE/EEE que tem o seu plano nacional para responder às hepatites virais crónicas e em que este tem financiamento próprio alocado para a sua implementação. Portugal é também um dos 22 estados-membros que tem normas de testagem nacionais tanto para a hepatite B como para a hepatite C, incluindo especificamente orientações para testagem de populações vulneráveis, como profissionais de saúde, migrantes, HSH, pessoas em situação de sem abrigo, pessoas que vivem com VIH e utilizadores de drogas injetáveis. Portugal é também um dos 14 estados-membro onde não existem restrições no acesso ao tratamento contra a hepatite B ou C.¹³

Em 2021, Portugal registou uma taxa de 0,4 casos de hepatite C crónica diagnosticados por cada 100 000 habitantes, um valor inferior à média da UE/EEE de 1,9 casos de hepatite C crónica por cada 100 000 habitantes. No que diz respeito aos casos de hepatite C aguda, a taxa em Portugal foi de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes, também inferior à taxa de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes registada na UE/EEE. Quanto aos casos de hepatite C desconhecida, Portugal apresentou uma taxa de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes, também inferior à taxa da UE/EEE de 2,6 casos por cada 100 000 habitantes.¹⁴

É importante salientar que os países da Europa do Norte e Ocidental têm taxas de notificação de casos diagnosticados de hepatite superiores aos países da Europa do Sul, mas isso deve-se, em parte, aos seus programas abrangentes de testagem. Por exemplo, os Países Baixos têm a taxa de notificação mais alta para casos confirmados de hepatite C, devido a um programa sólido de testagem de populações em risco. No entanto, os Países Baixos têm uma das estimativas mais baixas de prevalência de hepatite C na Europa, de acordo com inquéritos serológicos. Por outro lado, os países da Europa de Leste e do Sudeste apresentam as taxas mais baixas de casos notificados, mas algumas das estimativas mais elevadas de prevalência. Esta discrepância destaca o desafio de interpretar os dados de vigilância da hepatite C e a importância de considerar outras fontes de informação, como práticas locais de testagem e estimativas de seroprevalência através de inquéritos serológicos.

Destaca-se também que a maioria dos países da UE/EEE registou uma diminuição das taxas de notificação de casos confirmados em 2020 e 2021, muito provavelmente devido à influência da pandemia COVID-19 nas práticas de testagem dos profissionais de saúde e na diminuição da procura de testes por parte da população.¹⁵

14. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf>

15. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf>

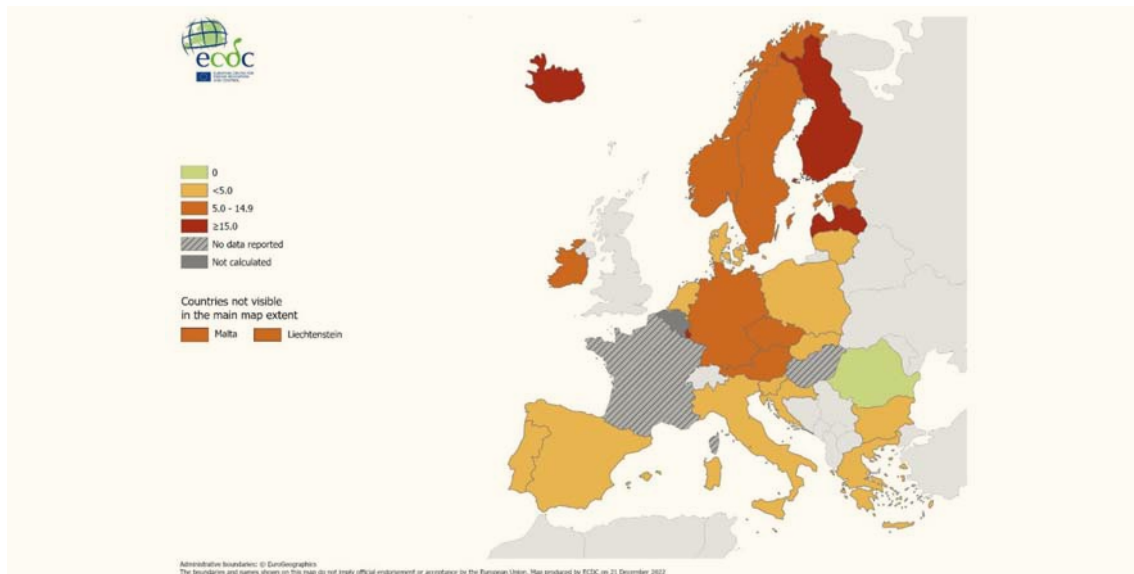


Figura 2. **Distribuição dos casos de hepatite C recentemente diagnosticados por 100 000 habitantes por país, UE/EEE, 2021**

Fonte: ECDC¹⁵

No caso da hepatite C, os dados disponíveis sobre a prevalência também são incompletos e muitos países, como Portugal, não dispõem de estimativas de prevalência atualizadas e sólidas. O ECDC está a trabalhar com os países para apoiar a realização de estudos epidemiológicos e para calcular estimativas nacionais da carga de doença de hepatite C.¹⁶

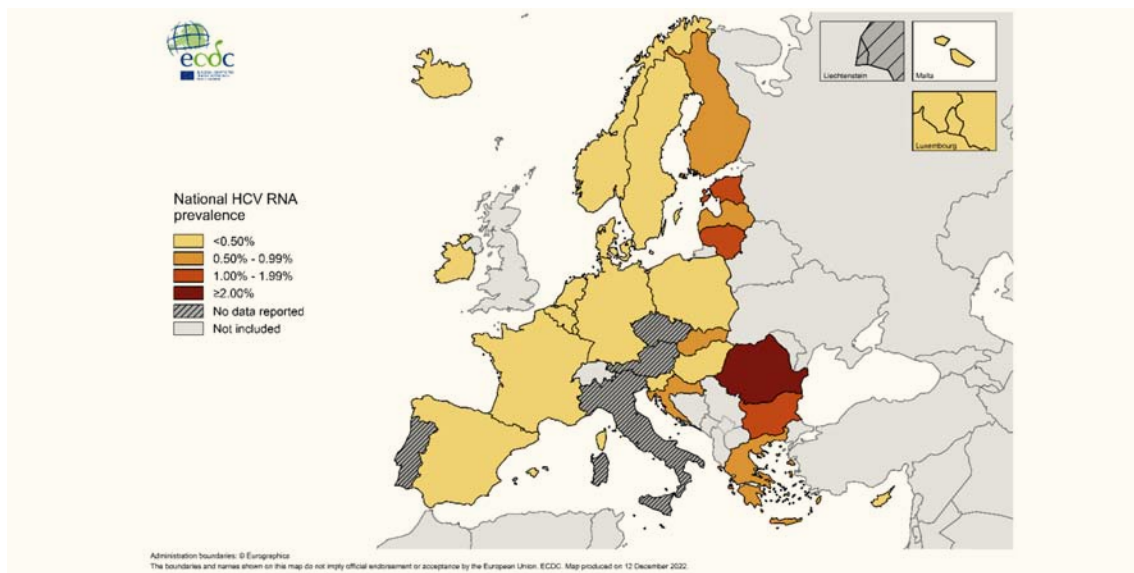


Figura 3. **Estimativas nacionais da prevalência do ARN da hepatite C, 2022¹⁶**

Fonte: ECDC¹⁶

16. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-and-C-prevention-eu-december-2022.pdf>

Relativamente à hepatite B, em 2021, Portugal registou uma taxa de 0,5 casos confirmados de hepatite B crónica por cada 100 000 habitantes, inferior à taxa da UE/EEE de 2,8 casos confirmados de hepatite B crónica por cada 100 000 habitantes. No que diz respeito aos casos de hepatite B aguda, a taxa em Portugal foi de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes, também inferior à taxa de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes registada na UE/EEE. Quanto aos casos de hepatite B desconhecida, Portugal apresentou uma taxa de 0,6 casos por cada 100 000 habitantes, também inferior à taxa da UE/EEE de 2,8 casos por cada 100 000 habitantes.¹⁷

Observa-se uma variação acentuada entre os países europeus na distribuição de casos agudos e crónicos. Essa variação geográfica reflete provavelmente diferenças nas práticas locais de testagem e notificação, bem como diferenças epidemiológicas.¹⁷

No que se refere aos novos casos diagnosticados de hepatite B crónica comunicados ao ECDC, as tendências geográficas não são claras, uma vez que faltam dados relativos a muitos países. No entanto, algumas das taxas mais elevadas foram registadas em países do Norte e da Europa Ocidental, como a Islândia, a Irlanda e a Suécia, o que contraria as expectativas baseadas em inquéritos de seroprevalência que indicam que esses países têm baixa endemicidade (<1,0%). Essa discrepância entre as notificações e as estimativas de prevalência realça a dificuldade em interpretar os dados de vigilância epidemiológica de infeções crónicas, que geralmente são assintomáticas até as fases finais da doença. Os dados relacionados à hepatite B crónica refletem a intensidade das políticas locais de teste e rastreio, com as taxas mais elevadas registadas em países que têm programas abrangentes de testagem. No entanto, inquéritos de seroprevalência fornecem uma melhor indicação do peso da doença. É importante ressaltar que inquéritos de prevalência realizados em países europeus com elevados níveis de imigração podem subestimar a verdadeira prevalência da hepatite B, uma vez que esses estudos podem não incluir as populações migrantes de países com endemicidade intermédia e elevada (>1,0%).¹⁸

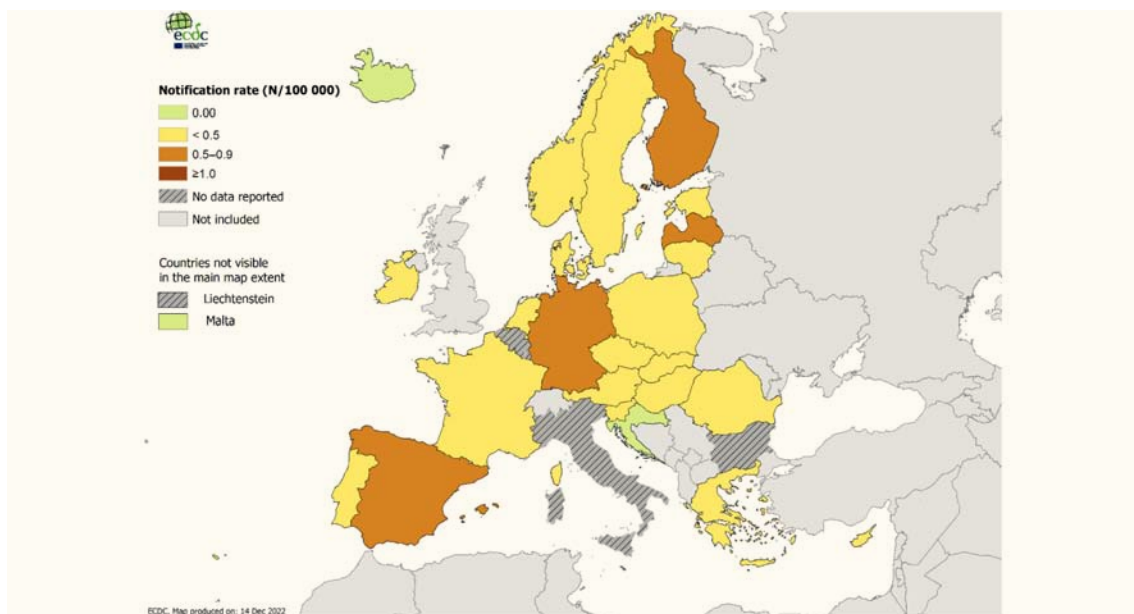


Figura 4. **Distribuição dos casos de hepatite B recentemente diagnosticados por 100 000 habitantes por país, UE/EEE, 2021**

Fonte: ECDC¹⁸

17. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-b-annual-epidemiological-report-2021-1.pdf>

18. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-b-annual-epidemiological-report-2021-1.pdf>

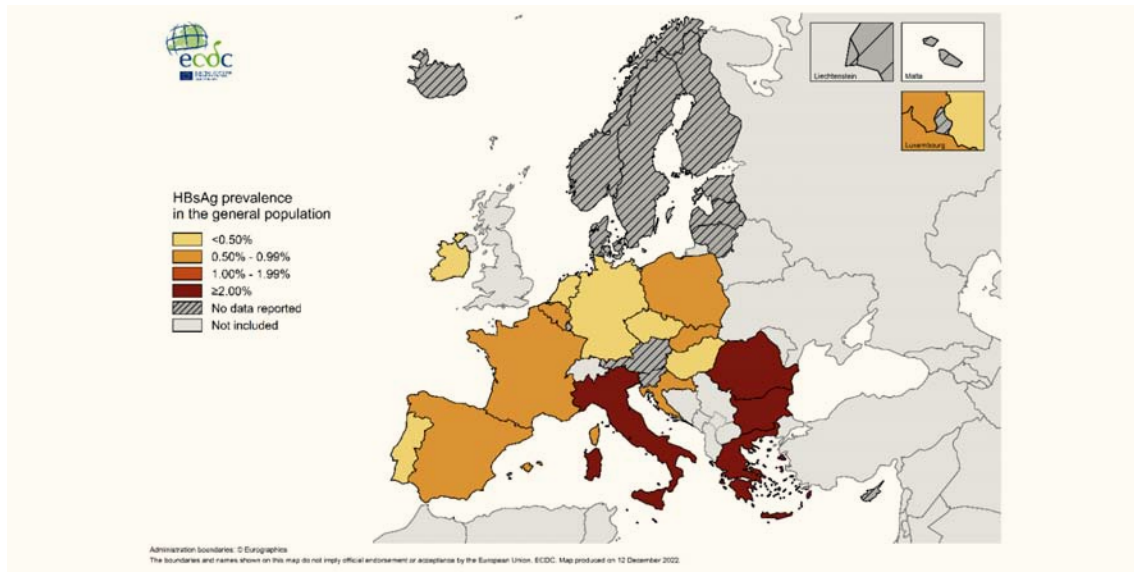


Figura 5. **Estimativas da prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (AgHBs) na população em geral**

Fonte: ECDC¹⁹

Portugal é um dos 11 países que atingiu a meta de 2020 de uma cobertura vacinal de 95% na vacinação com três doses contra a hepatite B, sendo esta uma das medidas instrumentais para a redução global da incidência de hepatite B.¹⁹

Outra medida importante é a vacinação contra a hepatite B de grupos vulneráveis da população, como utilizadores de drogas injetáveis e profissionais de saúde. Portugal tem estipulada a vacinação destes grupos de risco, mas não é um dos cinco países europeus que consegue reportar as coberturas vacinais destes grupos.¹⁹

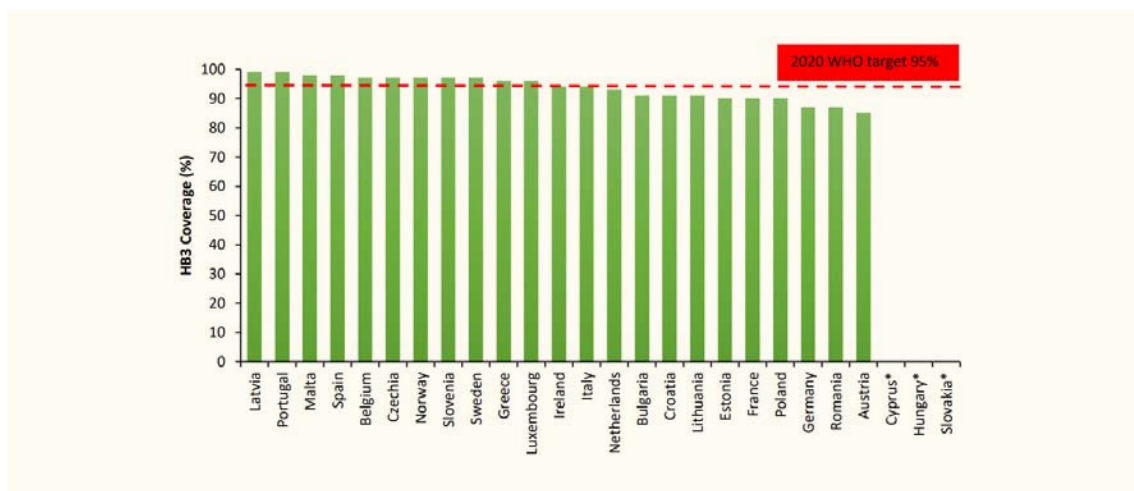


Figura 6. **Cobertura (%) de três doses da vacina contra o VHB nos países da UE/EEE que aplicam a vacinação universal contra o VHB em 2020**

Fonte: ECDC²⁰

19. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-and-C-prevention-eu-december-2022.pdf>

20. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-and-C-prevention-eu-december-2022.pdf>

Portugal é também um dos 10 países da UE/EEE que conseguiu atingir a meta de 90% de cobertura de rastreio universal pré-natal da hepatite B, sendo esta uma importante medida para diminuir a transmissão vertical do VHB. No entanto, Portugal não é um dos quatro países europeus que reportou taxas de transmissão vertical da hepatite B ao ECDC, sendo uma importante área de reforço dos dados.²⁰

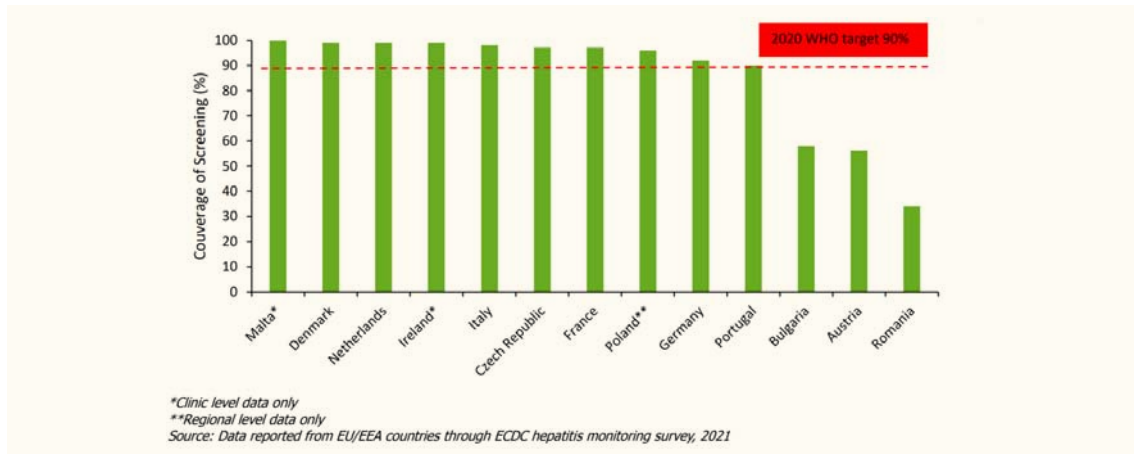


Figura 7. Cobertura do rastreio pré-natal nos países da UE/EEE que implementam o teste pré-natal universal para o VHB em 2020

Fonte: ECDC²¹

Tanto na hepatite B como na hepatite C, os dados epidemiológicos europeus revelam graves problemas de completude dos dados, incluindo informações sobre a via de transmissão, casos importados e se se trata de hepatites crónicas ou agudas. Essa falta de dados abrangentes afeta negativamente a efetividade das estratégias de prevenção e controlo das hepatites virais, dificulta a monitorização das políticas e programas em curso e, em última instância, impede o progresso em direção aos objetivos globais de eliminação.²⁰

1.2. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

As hepatites virais (com exceção da hepatite D) constituem doenças de notificação obrigatória (DNO), estando assim abrangidas pela rede de informação e comunicação estabelecida pelo sistema nacional de vigilância epidemiológica (SINAVE)²². 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.

Os dados de vigilância epidemiológica sobre hepatites A, B, C e E foram obtidos a partir da plataforma de suporte ao SINAVE. Destaca-se que os dados referentes ao ano de 2022 são ainda provisórios.

Verifica-se, em todas as hepatites, um aumento do número de casos confirmados na plataforma de apoio SINAVE de 2021 para 2022. Este aumento poderá ser justificado pela retoma da atividade assistencial, afetada pela pandemia COVID-19. Apresenta-se, pela primeira vez, os dados referentes à hepatite E, que apesar de menor magnitude quando comparada com as restantes hepatites, teve também um aumento de casos confirmados no ano de 2022.

21. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022.

Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-and-C-prevention-eu-december-2022.pdf>

22. Assembleia da República. Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto. Vol 1.a série.; 2009:5491-5495.

É de destacar ainda que tanto na hepatite B como na hepatite C há um aumento do número de casos confirmados na plataforma de suporte ao SINAVE entre 2020 e 2022, no entanto menor do que em 2019, o último ano pré-pandemia. Verifica-se ainda que se mantém a tendência, ao longo dos anos, de uma maior proporção de casos confirmados no sexo masculino representando cerca de 60% dos casos confirmados de hepatite B e 75% dos casos confirmados de hepatite C.

Considerando apenas os anos de 2021 e 2022, verifica-se que 45% dos casos confirmados de hepatite B têm apresentação crónica, 16% têm apresentação aguda e em 40% apresentação é desconhecida. Adicionalmente, em 84% a forma provável de transmissão é desconhecida, em 4% identifica-se como forma provável de transmissão o contacto sexual heterossexual, em 3% a transmissão vertical e os restantes 9% outras formas prováveis de transmissão.

No que diz respeito à hepatite C, 41% dos casos confirmados têm apresentação crónica, 8% tem apresentação aguda e em 51% a forma de apresentação é desconhecida. Nos anos de 2021 e 2022, em 38% dos casos confirmados a forma de transmissão era desconhecida, em 18% a forma provável de transmissão ocorreu de lesões não ocupacionais (agulhas, mordeduras, feridas, tatuagens, piercings), em 15% por contacto sexual entre HSH, em 10% por contacto heterossexual, em 9% por contacto com sangue infetado, em 4% por contacto sexual com orientação desconhecida e 2% por exposição ocupacional.

Tabela 1. **Número de casos confirmados em Portugal notificados em SINAVE, por hepatite viral e por sexo, de 2015 a 2022**

Ano		Hep A			Hep B			Hep C			Hep E
		H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	HM
2015	Casos confirmados	15	14	29							
	Notificação por 100.000 hab.	0,3	0,3	0,3							
2016	Casos confirmados	30	23	53							
	Notificação por 100.000 hab.	0,6	0,4	0,5							
2017	Casos confirmados	541	100	641	113	62	175	212	65	277	16
	Notificação por 100.000 hab.	11	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 por 100.000 hab.	1,2	0,4	0,8	2,2	1,3	1,7	3	0,9	1,9	0,1
2019	Casos confirmados	23	20	43	132	88	220	173	55	228	14
	Notificação por 100.000 hab.	0,5	0,4	0,4	2,7	1,6	2,1	3,5	1	2,2	0,1
2020	Casos confirmados	9	11	20	76	53	129	117	43	160	11
	Notificação por 100.000 hab.	0,2	0,2	0,2	1,5	1	1,2	2,4	0,8	1,5	0,1
2021	Casos confirmados	7	6	13	79	59	138	114	34	148	10
	Notificação por 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 por 100.000 hab.	0,3	0,2	0,3	2	1,4	1,7	2,8	0,9	1,8	0,2
Total	Casos confirmados	702	209	911	608	409	1017	900	294	1194	84

*Dados provisórios
Fonte: SINAVE

A informação referente ao número de casos confirmados de hepatite viral notificados no SINAVE é ilustrativa da dimensão da subnotificação existente no país. Importa sensibilizar todos os profissionais de saúde para a obrigatoriedade da notificação e para a sua importância, enquanto base do conhecimento epidemiológico tão necessário à definição de estratégias de intervenção adequadas.

1.3 Dados de Prevalência e Incidência de Hepatite B e Hepatite C

Os últimos dados de prevalência nacional dizem respeito aos inquéritos serológicos nacionais 2015 – 2016 realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública. Nessa data, as prevalências estimadas para a hepatite B foi de 0,4% (6/2959) e para a hepatite C de 0,3%. A prevalência do AgHBs foi de 40%.²³

Volvidos mais de 5 anos desde a realização dos inquéritos serológicos, impõe-se a realização de estudos mais recentes que contribuam para o conhecimento atual da prevalência nacional das hepatites.

1.4. Surto de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica

A identificação de vários casos de hepatite de etiologia desconhecida em idade pediátrica, no início do mês de abril de 2022, com início no Reino Unido, levou a Organização Mundial da Saúde a considerar a existência de um surto com um risco global de nível moderado, tendo sido estabelecida pela OMS e o ECDC a definição de caso e recomendadas ações de vigilância e de medidas de prevenção e controlo.^{24, 25, 26}

O primeiro caso suspeito em Portugal foi reportado a 28 de abril de 2022, encontrando-se nessa altura já constituída uma *taskforce*, liderada pela Autoridade de Saúde Nacional através do Centro de Emergências em Saúde Pública, em articulação com o Programa Nacional para as Hepatites Virais, com a Sociedade Portuguesa de Pediatria e com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Esta *taskforce* teve como atividades a atualização da informação nacional e internacional e respetiva disseminação, a promoção de mecanismos de deteção precoce a nível nacional, o acompanhamento das notificações e respetivos inquéritos epidemiológicos na plataforma SINAVE, a discussão de aspetos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, no contexto de validação de casos suspeitos e o seu enquadramento na evolução epidemiológica a nível nacional, europeu e internacional. Foi também responsável pela elaboração de documentos técnicos e normativos para profissionais de saúde, assim como informação para o público em geral e para os órgãos de comunicação social.

Até 27 de outubro de 2022, tinham sido reportados 563 casos prováveis por 22 países da região europeia da OMS, com o Reino Unido a apresentar o maior número de casos (280) e Portugal a reportar 26 casos suspeitos.

Do total de casos reportados, 76% tinham 5 anos ou menos, 27% (98 de 364 com informação disponível) foram internados em Unidades de Cuidados Intensivos, 7,7% (24 de 313 com informação disponível) crianças necessitaram de transplante e ocorreram 7 óbitos. Cerca de 53% (231 de 440 casos testados) foram positivos para adenovírus e 10% (40 de 384 casos testados) foram positivos para adenovírus.

23. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017

24. World Health Organization. Disease Outbreak News: Acute hepatitis of unknown aetiology – the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. 15 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON368>

25. UK Health Security Agency - Increase in hepatitis (liver inflammation) cases in children under investigation. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/news/increase-in-hepatitis-liver-inflammation-cases-in-children-under-investigation>

26. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable diseases threat report, Week 26, 26 June-2 July 2022. 1 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-2-jul-2022-corrected.pdf>

O número de casos notificados aumentou a partir da semana 12 e permaneceu estável até a semana 18 (entre 28 e 39 casos por semana), verificando-se a partir daí uma diminuição constante no número de casos reportados semanalmente.

1.5. 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, adequada referenciação 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. Salienta-se igualmente que em 2016 esta sociedade encetou contactos com a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia no sentido de elaboração de normas de conduta e de tratamento com os AAD para o tratamento de hepatite C.

Os dados mais recentes disponíveis referem-se ao ano de 2021 e revelam a existência de 1,40% de pessoas portadoras de AgHBs e de 0,33% de pessoas com anticorpo VHC e RNA VHC positivos, no universo de doentes em hemodiálise. Quando se analisa a situação relativamente a doentes em diálise peritoneal, constata-se a existência de 0,56% de pessoas portadoras de AgHBs e 0,11% com anticorpo VHC e RNA VHC positivos. O número de utentes com ARN+VHC positivo reduziu-se de 160 em 2016 para 43 em 2021, tendo vindo a baixar de forma consistente nos últimos anos.

De acordo com a informação disponibilizada pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, os dados referentes a 2021 revelam a existência de 1,33% de pessoas portadoras de AgHBs e de 0,35% de pessoas com anticorpo VHC e RNA VHC positivos, no universo de doentes em hemodiálise. Quando se analisa a situação relativamente a doentes em diálise peritoneal, constata-se a existência de 1,03% de pessoas portadoras de AgHBs e com 0,11% anticorpo VHC e RNA VHC positivos.

Tabela 2. **Prevalência de Hepatite B e Hepatite C em doentes em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2021**

		Nº de doentes	VHB com AgHBs +	anti-VHC RNA VHC+	anti-VHC RNA VHC -	Nº de doentes com seroconversão	Nº novos doentes com 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	9	2	1	1
2021	Hemodiálise	12601	176	42	294	19	18
	Diálise peritoneal	886	5	1	9	2	1

Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

1.6. Pessoas que utilizam drogas

De acordo com o último relatório do SICAD, em relação aos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas (exceto em situação de reclusão), a prevalência de anti-VHC+ variou entre 7% a 58% e para o AgHBs+ variou entre 1% a 9%, sendo superior nos utilizadores de drogas injetáveis.²⁷

Especificamente sobre a hepatite C, em 2020 e 2021 houve descidas das proporções de novas infeções tanto no total dos utentes em ambulatório, como no subgrupo de injetores. No entanto, é de notar que em 2021, após descidas consecutivas nos dois anos anteriores, se verificou um aumento da proporção de novas infeções entre os injetores que iniciaram tratamento ambulatório, sejam novos utentes, sejam readmitidos. Nos reclusos em tratamento por problemas relacionados com o abuso de substâncias, a prevalência de anti-VHC+ era de 49%, e a prevalência de AgHBs+ era de 4%.²⁸

Tabela 3. **Hepatite C nos utentes em tratamento da toxicod dependência , total de utentes e consumidores de droga injetada, Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental), 2021**

Estrutura/ Rede	Hepatite C					
	Total de Utentes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalência	Novas Infeções	Cobertura	Prevalências	Novas Infeções
Ambulatório Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano	68%	58%	40%	80%	88%	79%
Novos Utentes	13%	7%	6%	11%	60%	56%
Utentes Readmitidos	50%	47%	32%	67%	83%	80%
Unidades de Desabilitação						
Rede Pública/ Licenciada	91%	48%	-	91%	84%	-
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública/ Licenciada	81%	23%	-	88%	56%	-

Fonte: SICAD

27. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências [Internet]; 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicod dependencias.pdf

28. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências [Internet]; 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicod dependencias.pdf

Tabela 4. **Hepatite B nos utentes em tratamento da toxicod dependência, total de utentes e consumidores de droga injetada, Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental), 2021**

Estrutura/ Rede	Hepatite B					
	Total de Uteses			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalência	Novas Infeções	Cobertura	Prevalência	Novas Infeções
Ambulatório Rede Pública						
Uteses em Tratamento no Ano	67%	9%	1%	78%	6%	2%
Novos Uteses	12%	1%	1%	11%	10%	11%
Uteses Readmitidos	50%	4%	1%	66%	7%	1%
Unidades de Desabituação						
Rede Pública/ Licenciada	9%	4%	-	90%	7%	-
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública/ Licenciada	81%	2%	-	87%	2%	

Fonte: SICAD

Tabela 5. **Doenças infecciosas nos reclusos em tratamento da toxicod dependência, situação a 31/12 de cada ano**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anti-VHC+	61%	48%	56%	52%	43%	49%	49%
AgHBs+	4%	4%	5%	3%	4%	2%	4%

Fonte: SICAD

1.7. Internamentos

Em relação aos internamentos associados a hepatites virais, os dados apresentados são disponibilizados pela plataforma BIMH, relativos a episódios codificados pelos hospitais (em ICD9CM ou ICD10M/PCS, com códigos válidos entre 1 de janeiro de 2013 e 28 de junho de 2023). De referir que são apresentados apenas os internamentos com diagnósticos principais de hepatite B e C crónicas, deixando de fora os diagnósticos secundários. Sabendo que muitos destes doentes são internados por doença hepática crónica avançada descompensada, não sendo possível contabilizar os internamentos em que a etiologia são as hepatites virais crónicas B e C. Também os casos de hepatites agudas não estão incluídos nesta avaliação. Concluímos, assim, que o número de internamentos por hepatites virais B e C crónicas pode estar subestimado.

De qualquer modo, podemos concluir que o número de internamentos por hepatites B e C crónicas tem vindo a diminuir ao longo da última década (de 74 internamentos por hepatite B crónica em 2013 para 21 em 2022; de 228 internamentos por hepatite C crónica em 2013 a 13 em 2022).

Esta diminuição é mais significativa para a hepatite C crónica, sendo mais acentuada desde 2015, coincidindo com o início da medicação com antiviricos de ação direta para a hepatite C. Num artigo publicado em abril de 2021 sobre a evolução dos internamentos por cirrose hepática em Portugal, de 2010 a 2017, há uma redução para metade dos casos de cirrose associada à hepatite C (de 424 internamentos em 2015 para 206 em 2017).²⁹

29. Silva JM, Silva MJ, Calinas F, Nogueira PJ. Burden of Liver Cirrhosis in Portugal between 2010 and 2017. GE Port J Gastroenterol. 2021 Apr;28(3):153-161. doi: 10.1159/000510729. Epub 2020 Oct 19.

De referir um aumento ligeiro de internamentos por hepatite B crónica em 2022 (de 17 internamentos em 2021 para 21 em 2022), que pode ser explicado pelo aumento significativo da migração forçada associada a conflitos armados em países onde a prevalência de hepatites virais B e C são muito elevadas (1% e 3% da população da Ucrânia, respetivamente).³⁰ Teremos de estar atentos a esta situação, que pode vir a alterar a curva descendente que temos vindo a observar na última década, bem como implementar medidas de rastreio, diagnóstico precoce, tratamento e vacinação de hepatites virais B e C nas populações de imigrantes e refugiados.

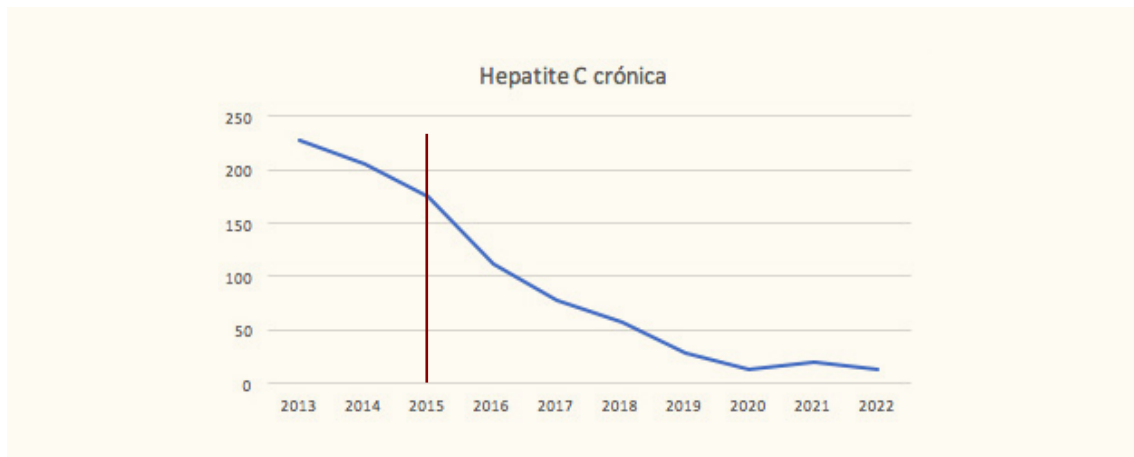


Figura 8. **Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, de 2013 a 2022**

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

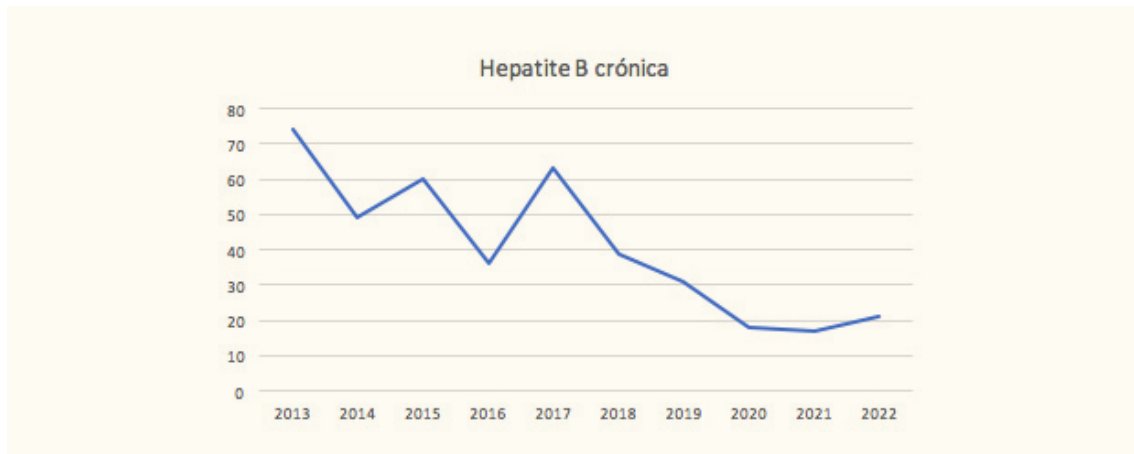


Figura 9. **Número de internamentos por hepatite B crónica**

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

30. Mahase E. Hepatitis: Ukrainian refugees should be offered vaccines and free treatment, says WHO. BMJ. 5 de maio de 2022;377:o1132.

1.8. Mortalidade

Em 2021, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), morreram 2 806 pessoas em Portugal por doenças hepáticas e das vias biliares, nas quais se incluem 66 óbitos por hepatites virais, 360 óbitos por neoplasia maligna da vesícula biliar, 1 121 óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose hepática e 1 259 óbitos por neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas. Os óbitos por doenças hepáticas e das vias biliares totalizaram 2,24% do total de óbitos em Portugal no ano de 2021.

É difícil afirmar, para já, se houve uma alteração na tendência da mortalidade por doenças hepáticas e das vias biliares, pois o último ano em análise foi 2021, um ano em que ainda se verificaram várias alterações e constrangimentos no sistema de saúde português devido à Pandemia COVID-19. O impacto na mortalidade de alterações nos fatores de risco e tratamento podem demorar décadas a ter repercussões na mortalidade.

Todavia, importa ressaltar que se verificam números consideráveis de mortes por doenças crónicas do fígado, como cirrose hepática, e de neoplasias malignas do fígado, como carcinoma hepatocelular, patologias que, como sabemos, têm uma elevada proporção de casos com etiologia por hepatites virais crónicas, doenças passíveis de serem prevenidas, tratadas e, no caso da hepatite C, inclusivamente curadas. Assim, múltiplas mortes por doenças hepáticas e das vias biliares são também mortes evitáveis.

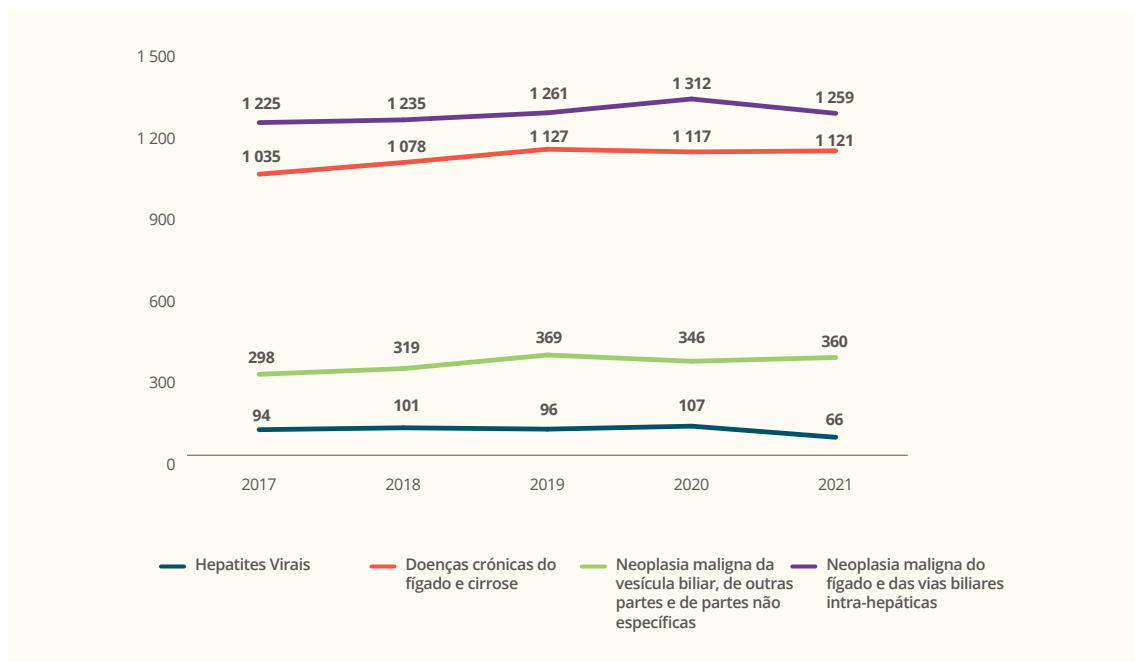


Figura 10. **Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal de 2017 a 2021**

Fonte: INE

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 2022, em resposta às hepatites virais, no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento.

2.1. Prevenção

A. Vacinação

A vacinação é a medida de saúde pública mais eficaz para prevenir a infeção pelos vírus de hepatite A e hepatite B. A infeção pelo vírus D não tem vacinação específica, mas pode ser prevenida pela vacinação contra a hepatite B. Os restantes vírus, hepatites C e E, ainda não têm vacinação específica 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.³¹

A história da vacinação contra o vírus da hepatite B é uma história 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 22 anos desta importante medida de saúde pública, Portugal conseguiu taxas de coberturas vacinais médias de 97,8%, tanto para a primeira como para a terceira doses.

As elevadas coberturas vacinais atingidas no nosso território permitem-nos ter imunidade de grupo contra a hepatite B, o que contribui largamente para as reduzidas taxas de prevalência desta doença. No entanto, devido ao crescente fluxo migratório, incluindo de países com uma elevada endemicidade de hepatite B e com menores coberturas vacinais contra a hepatite B³², é importante que os vários níveis de cuidados de saúde estejam alerta para eventuais portadores do vírus ou indivíduos não imunes contra a infeção por VHB. Estes podem ser uma importante fonte de transmissão desta doença à população residente, especialmente os grupos de risco e mais vulneráveis, como os imunodeprimidos.

31. 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>

32. Segundo o INE, as cinco nacionalidades com mais migrantes com estatuto legal de residente em Portugal, em 2021 foram: Brasil (AgHbBs - 3.66% e anti-VHC - 2,5%), Ucrânia (AgHbBs - 1,39% e anti-VHC - 2,7%), Cabo Verde (AgHbBs - 7,04% e anti-VHC - 2,53%), Roménia (AgHbBs - 1.05% e anti-VHC - 1.66%), Angola (AgHbBs - 12,03%, anti-VHC - 3.06%). Estes dados são modelados para 2019 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>)

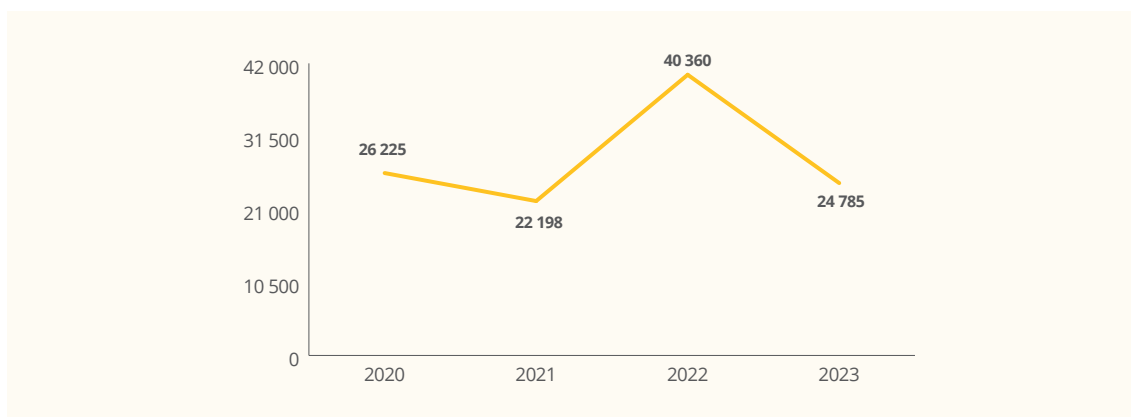


Figura 12. **Número de vacinas administradas contra a hepatite A de Janeiro de 2020 a Junho de 2023, em Portugal Continental**

Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

B. Programa Troca de Seringas

O Programa Troca de Seringas “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 injetável. Criado em 1993, disponibiliza gratuitamente material para consumo de drogas por via injetável e promove a recolha de agulhas e seringas usadas, evitando a troca de seringas entre utilizadores e permitindo a diminuição do tempo de retenção de seringas contaminadas. De 1993 até 31 de dezembro de 2022 o PTS distribuiu 63 826 410 seringas, numa média anual de 2 127 547 seringas, verificando-se, no entanto, uma tendência decrescente nos últimos 12 anos, com uma média anual de 1 228 420 seringas distribuídas.

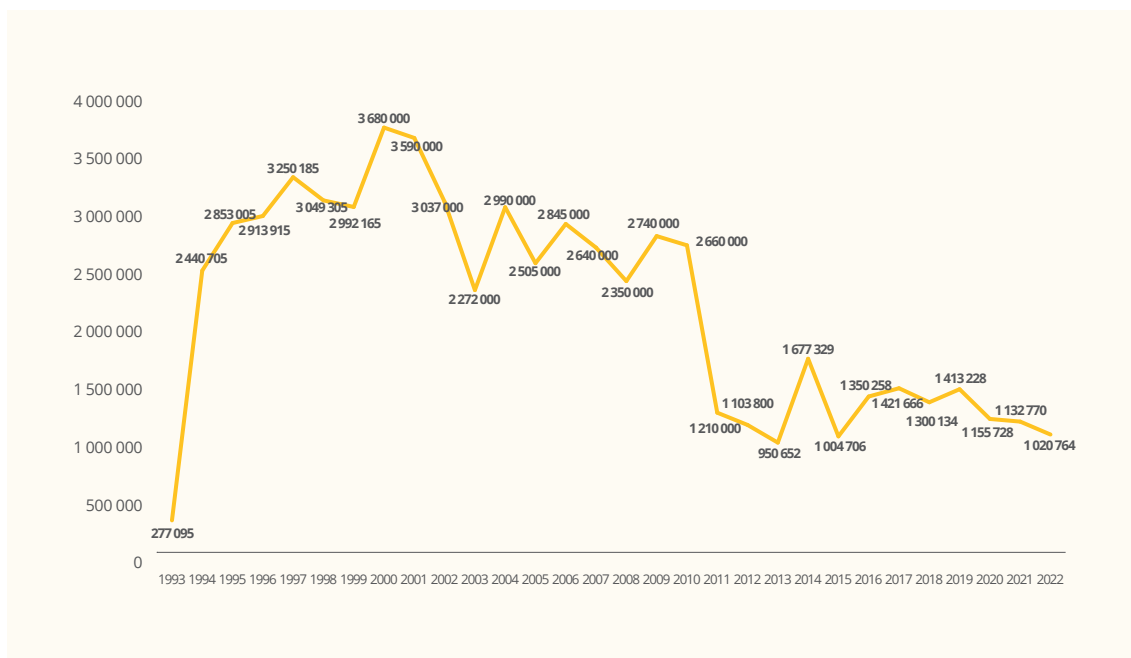


Figura 13. **Número de seringas distribuídas por ano em Portugal (1993 – 2022)**

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 Direção-Geral da Saúde, 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 por SARS-CoV-2.

Em 2022, registou-se um aumento de 34% no número de preservativos internos e externos distribuídos, situando-se em valores superiores a 5 milhões.

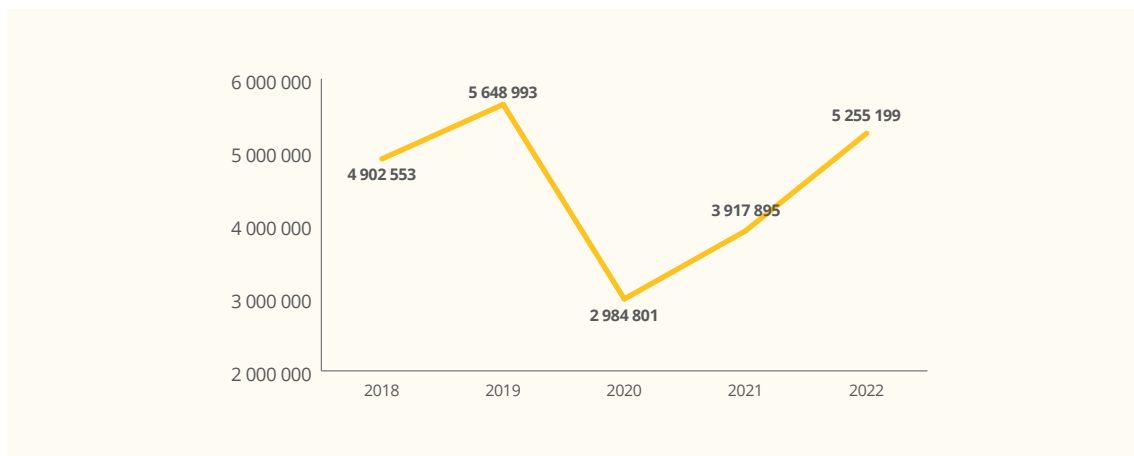


Figura 14. **Número de preservativos distribuídos, 2018 - 2022**

Fonte: DGS/Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH

2.2. 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 do ciclo de transmissão.

Quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico de uma infeção por vírus da hepatite, mais em tempo serão estabelecidas estratégias de seguimento adequadas a cada doente. Em Portugal, o acesso ao teste está disponível nos cuidados de saúde primários, nos hospitais, em estruturas não-governamentais e em farmácias comunitárias e 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 cuidados de saúde primários têm demonstrado uma tendência globalmente crescente, provavelmente fruto da maior atenção dirigida às hepatites virais B e C nos últimos anos e vigilância de grupos em maior risco e grupos vulneráveis, bem como, no contexto da vigilância de saúde global das pessoas.

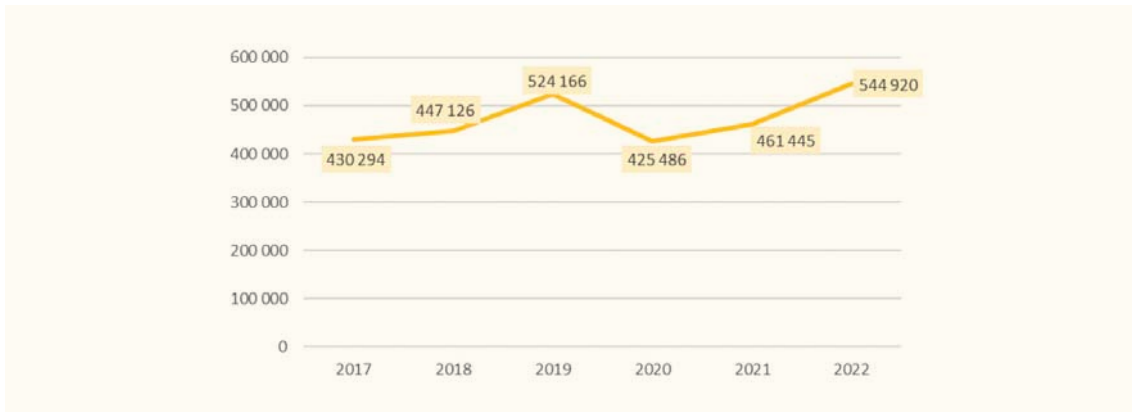


Figura 15. **Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais (2017 - 2022)**

Fonte: ACSS, DPS - SDM@SNS; SONHO

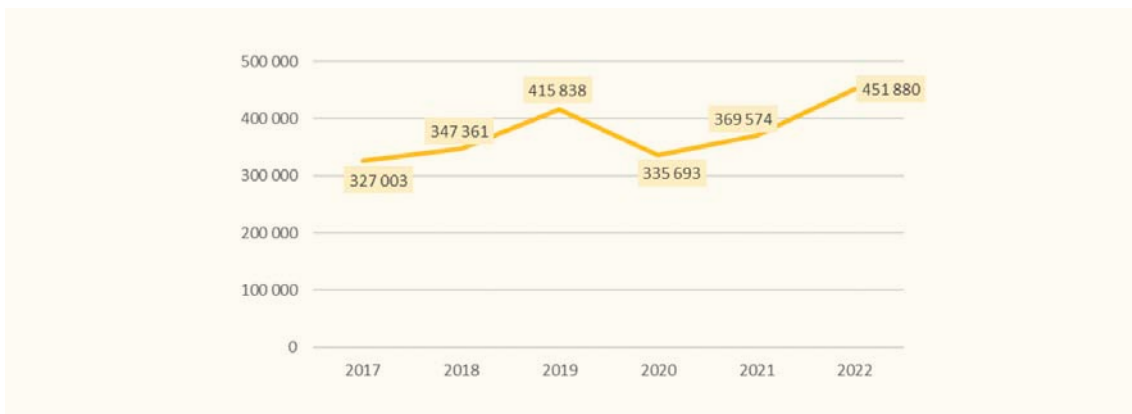


Figura 16. **Número de testes anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais (2017 - 2022)**

Fonte: ACSS, DPS - SDM@SNS; SONHO

a) Nos Cuidados de Saúde Primários

Ao nível dos cuidados de saúde primários, os dados disponíveis indicam que em 2022, foram prescritos 277 849 testes de AgHBs e 202 778 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC, verificando-se um aumento de 15% e 17%, respetivamente, quando comparados com o ano de 2021. 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 avaliação a nível Nacional.

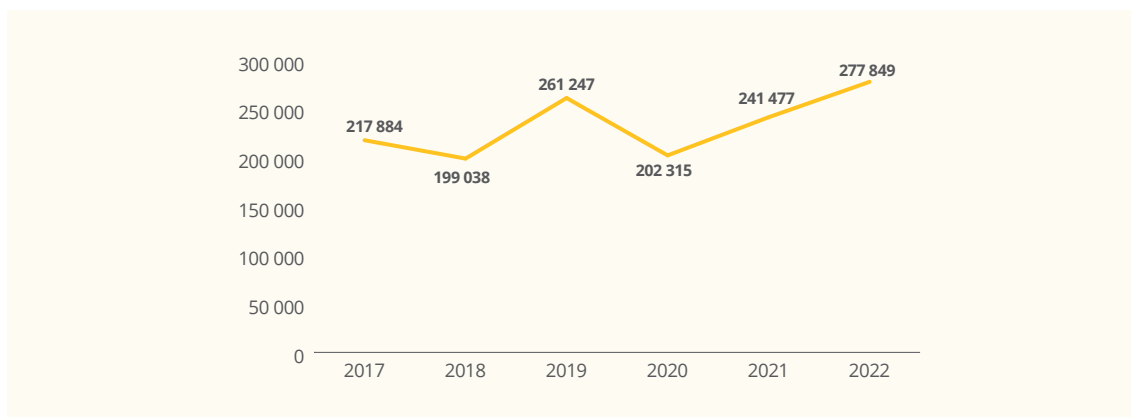


Figura 17. **Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (2017 – 2022)**

Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

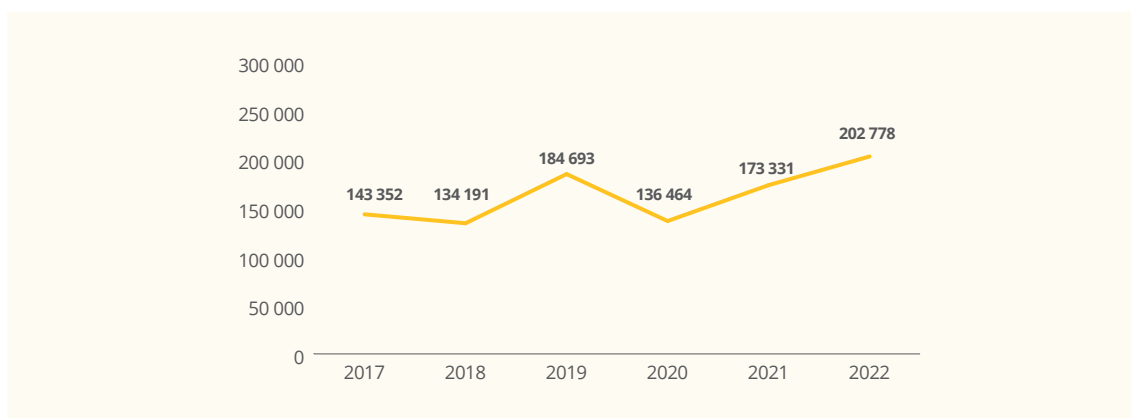


Figura 18. **Número de testes de anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (2017 – 2022)**

Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

b) Nos Hospitais

Os dados extraídos do SONHO© informam que, em 2022, foram prescritos 267 071 testes de AgHBs e 249 102 testes anti-VHC, registando-se um aumento de 21% e de 27% no número de testes quando comparados com o ano de 2021.

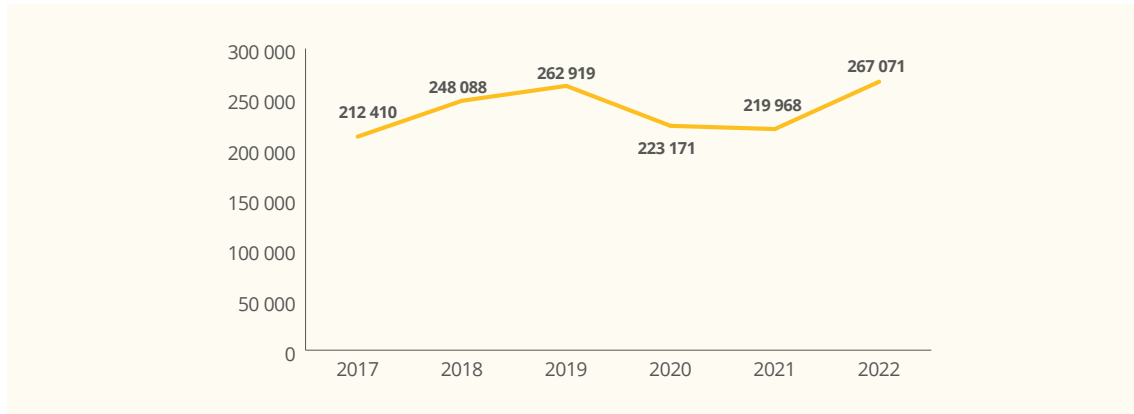


Figura 19. **Número de testes de AgHBs prescritos em contexto hospitalar (2017 – 2022)**

Fonte: SONHO

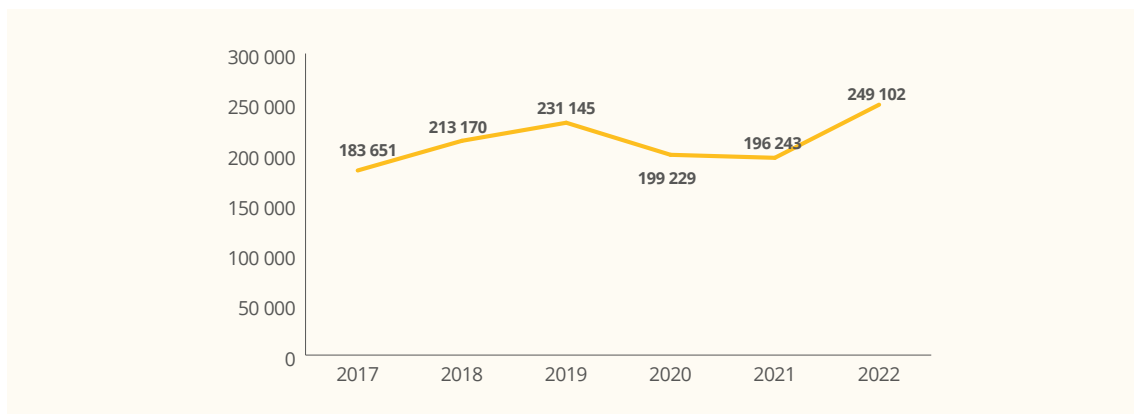


Figura 20. **Número de testes de anti-VHC prescritos em contexto hospitalar (2017 – 2022)**

Fonte: SONHO

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

As organizações não-governamentais 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 mais vulneráveis, tem-se verificado uma cada vez maior adesão deste tipo de estruturas, o que se traduz no aumento do número de testes realizados.

Através do apoio financeiro da DGS para o desenvolvimento de projetos nesta área bem como do Acordo entre o Grupo de Ativistas sobre Tratamentos (GAT) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tem permitido disponibilizar o teste rápido, em diversos contextos a diferentes populações chave, com tendência crescente anual do número de testes rápidos realizados. Em 2022, foram realizados 24 338 testes de AgHBs e 33 944 testes de anticorpo anti-VHC, com uma prevalência de 1,30% e de 0,94% de resultados reativos, respetivamente. Verificou-se assim um aumento de cerca de 38% e de 49%, respetivamente.

De forma sustentada, a proporção de casos reativos para AgHBs e anti-VHC identificados tem vindo a diminuir anualmente, pese embora em 2022 se verifique um ligeiro aumento relativamente à proporção de resultados reativos para AgHBs.

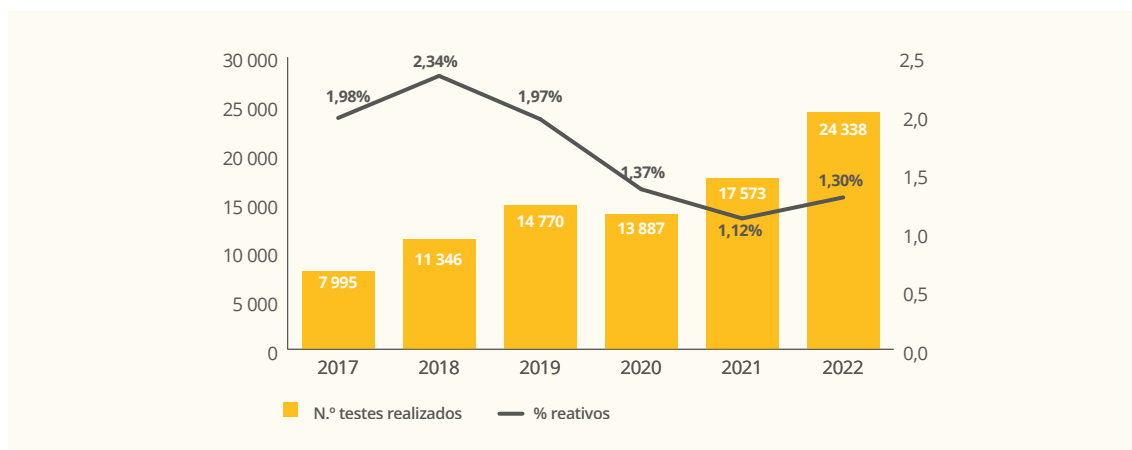


Figura 21. **Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos (2017 - 2022)**

Fonte: Direção-Geral da Saúde

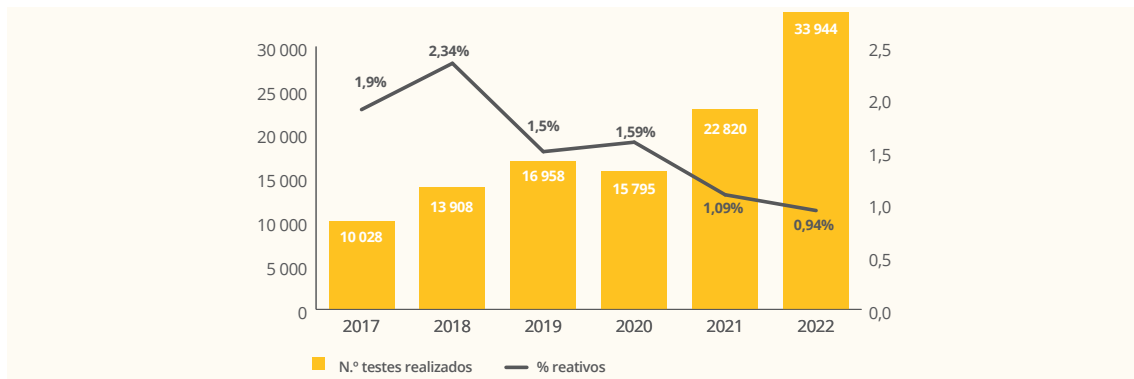


Figura 22. **Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos**

Fonte: Direção-Geral da Saúde

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 183/2001³⁴, 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 consumirem drogas com menor risco, sob supervisão, proporcionando-lhes um ambiente de maior segurança e condições de higiene. Nestes locais podem ser consumidas substâncias ilícitas, ao mesmo tempo que permitem 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 3 programas de consumo vigiado; 2 em Lisboa (1 móvel e 1 fixo) implementados em abril de 2019 e maio de 2021, respetivamente e 1 no Porto (amovível) com início em agosto de 2022.

Estes programas procuram contribuir para a diminuição da morbilidade 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 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 infetadas 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 e sob a gestão técnica da Associação Ares do Pinhal, este serviço tem igualmente apostado na realização de testes rápidos de VIH, VHB, VHC e Sífilis junto desta população.

34. 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>

Até 2021, o serviço tinha rastreado 591 utentes, de um universo de 1400 inscritos (42%). Desde então, foram rastreados 327 novos utentes, sendo o universo de inscritos é 2 108 utentes, aumentando assim a percentagem de testagem para 43,5%.

Destes 327 utentes testados, registaram-se 5 resultados positivos para AgHBs (1,5%) e 157 reativos para anti-VHC (48%). Comparando com os dados de 2021, verifica-se que a percentagem de testes reativos para anti-VHC se manteve nos 48%, e que para o AgHBs houve uma ligeira redução (de 3,3% para 1,5%).

A Associação Ares do Pinhal tem, neste momento, a capacidade para realizar testes de RNA VHC, sendo que dos 157 utentes reativos para Anti-VHC, 44 tinham RNA positivo (28%).

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 endovenosa, particularmente daqueles que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade social e de saúde. Para além da disponibilização do espaço seguro de consumo endovenoso, garante o acesso a cuidados de saúde primários, atendimento psicossocial, suporte 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.

Entre abril de 2019 e dezembro de 2022, estavam inscritos 343 utentes, dos quais 51,90% são utilizadores de drogas por via injetável. A maioria dos utentes é do sexo masculino, com uma média de idades de 46 anos (21 – 78 anos). A substância psicoativa predominantemente consumida é a cocaína base, sendo a via fumada a mais utilizada.

Foram realizados um total de 665 testes rápidos de anti-VHC, tendo sido identificados 134 resultados reativos (proporção de reativos de 20,15%). Do total de utentes inscritos, 111 reportaram infeção por vírus da hepatite C.

Adicionalmente, em 2022, foram distribuídos 1 925 preservativos e 5 472 kits do Programa de Troca de Seringas, num total de 10 944 seringas.

c) Programa de Consumo Vigiado 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 fevereiro de 2023, 1 234 admissões, 22 439 consumos de substâncias psicoativas, numa média diária de 160 consumos, sendo que para 357 utentes (dos quais 130 consumidores por via injetável) registaram-se 10 ou mais consumos. Os utentes são, maioritariamente do sexo masculino (83,6%), de nacionalidade portuguesa (96,8%). A maioria dos utentes são utilizadores de drogas por via fumada (83,8%). A substância psicoativa predominantemente consumida é a heroína e crack (50,8%), seguida de crack (31,7%) e heroína (17,5%).

Foram realizados um total de 242 testes de VIH e VHC, 239 testes de VHB, 220 testes à sífilis e 54 rastreios da tuberculose, com proporções de resultados reativos de 17,4%, 40,4%, 0%, 0,9% e 7,4%, respetivamente.

Foram disponibilizadas 73 100 seringas, das quais 16 700 foram usadas nas instalações do PCVMP e 56 400 disponibilizadas aos utilizadores.

2.3. Tratamento

Volvidos 5 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 n.º 027/2017. Avaliação Diagnóstica da Infecção por Vírus da Hepatite C³⁵
- Norma n.º 028/2017. Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto³⁶

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).³⁷

A. Tratamento da Hepatite C

Em 2015, Portugal adotou a estratégia de tratar, com Antivirais de Ação Direta, todas as pessoas infetadas pelo vírus da hepatite C independentemente do estadio 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 antivirais de ação direta, que culminou com a publicação da Portaria n.º 615/2022 no ano transato. 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 32 163 tratamentos, dos quais 30 794 já foram iniciados.

35. 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>

36. 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>

37. Hepcludex | European Medicines Agency [Internet]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex>

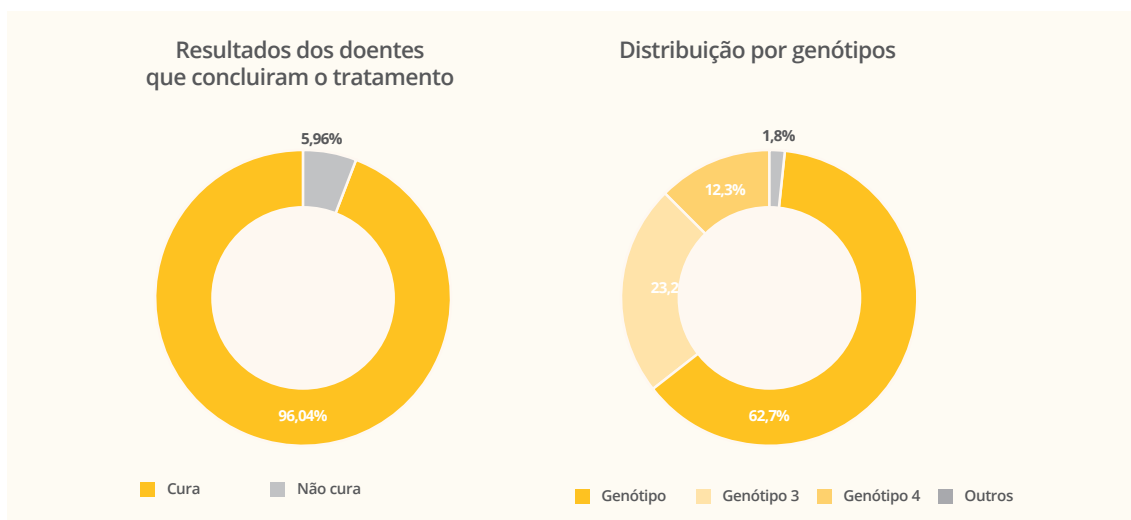


Figura 23. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015 - 2022**

Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Quando se restringe a análise ao universo de indivíduos que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (N= 20 651), verifica-se que 19 421 estão curados (94,04%) contra 1 230 doentes não curados (5,96%).

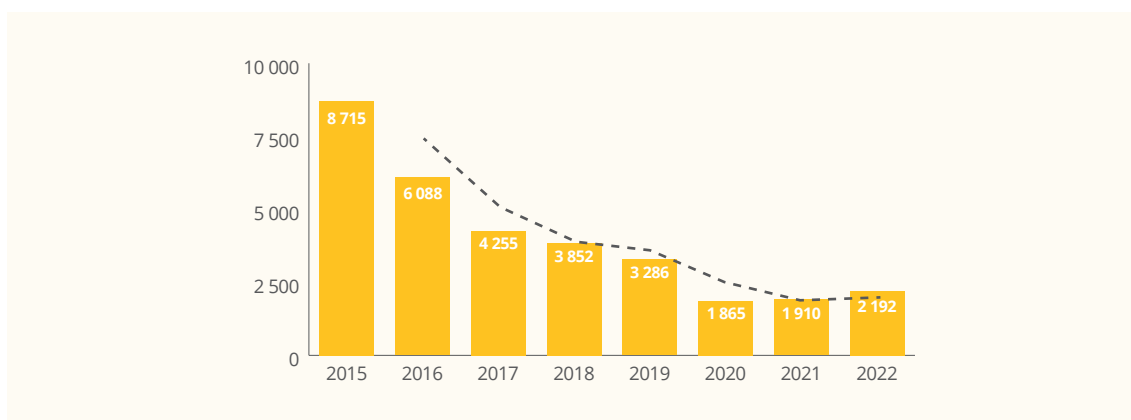


Figura 24. **Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015 - 2022**

Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Ao contrário do verificado nos anos anteriores, e em linha com o aumento do número de testes realizados no ano anterior (ver capítulo referente ao diagnóstico), destaca-se um aumento de 3% no número de tratamentos autorizados em 2022 em relação ao ano anterior, com autorização de 2 192 novos tratamentos.

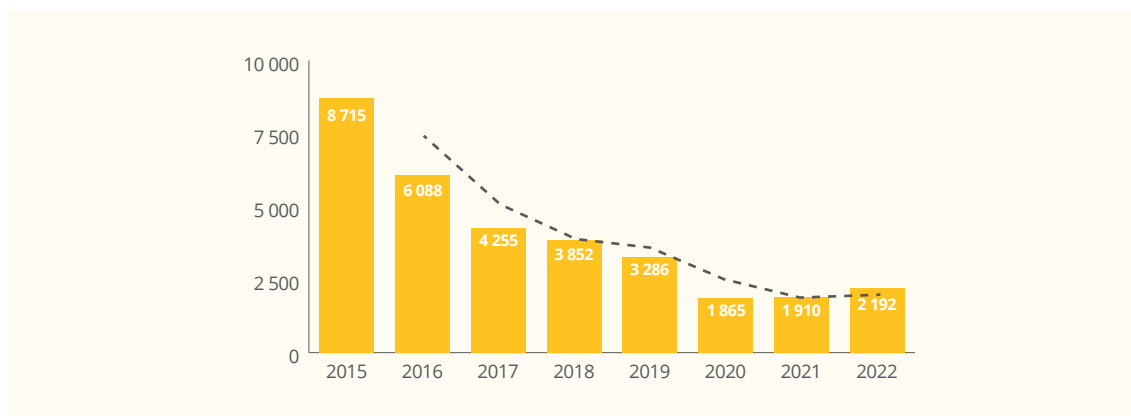


Figura 25. **Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015 - 2022**

Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Mantém-se, ainda assim, uma elevada percentagem de doentes com fibrose avançada previamente ao início de tratamento (15,3% F3 e 21,8% F4) ou seja 37,1% são ainda doentes em risco potencial de evolução para carcinoma hepatocelular, o que consideramos ser um dado relevante. Este dado suscita preocupação quanto ao número significativo de doentes em risco elevado de CHC, sendo importante unir esforços para diagnosticar os doentes que necessitarão de intervenção médica. A ideia de amplificar os testes de rastreio, principalmente nos grupos com risco acrescido de infeção (prisões, comportamentos aditivos, etc.) a par da mensagem de realizar o teste da hepatite C, hepatite B, 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.

Apesar da simplificação dos procedimentos relativos ao acesso ao tratamento com antivirais de ação direta conseguida com a Portaria n.º 615/2022, é ainda objetivo do programa a promoção do acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da prescrição médica, de forma a facilitar a ligação dos doentes aos cuidados de saúde.

B. Microeliminação da Hepatite C em Portugal.

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

Desde então, o Programa Nacional defende a necessidade de apostar em estratégias individualizadas, definidas de acordo com as características das populações alvo 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, estabelecimentos prisionais, equipas de tratamento de comportamentos aditivos e dependências, equipa 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

específicas e grupos de pessoas mais vulneráveis, com o objetivo de identificar os indivíduos com infecção pelo VHC em contextos de difícil acesso a cuidados médicos adequados e contribuindo para o acesso ao tratamento, através de consultas descentralizadas.

2.4. 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. Encontro Nacional “Eliminação da Hepatite C em Portugal – Os Microeliminadores”

No dia 12 de maio de 2023, o PNHV organizou o Encontro Nacional no Auditório do Infarmed, com o tema da eliminação da hepatite C em Portugal. O evento reuniu aproximadamente 100 participantes para discutir o progresso da eliminação da hepatite C nas pessoas que utilizam substâncias psicoativas e nos estabelecimentos prisionais. O programa do encontro proporcionou espaço de reflexão sobre o papel das ONG, dos cuidados de saúde primários e da saúde pública nesse processo de eliminação.

Durante o encontro, enfatizou-se o sucesso da estratégia nacional para a eliminação das hepatites virais, alinhada com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Foram ressaltados os avanços no tratamento e a importância do diagnóstico precoce, destacando a necessidade de aumentar a capacidade de rastreio. A comunicação com os pacientes também foi mencionada como uma área de preocupação, enfatizando a sua importância, especialmente no contexto de transformação digital.

Foram apresentados projetos no domínio de atuação da microeliminação da hepatite C em Portugal, ressaltando a importância da colaboração com as ONG e associações de doentes.

Embora tenham ocorrido avanços no tratamento, persistem desafios como a demora no início do tratamento. A formação de profissionais, o acesso a materiais preventivos e a implementação de rastreios regulares em contextos específicos foram apontados como áreas que precisam de atenção.

Na sessão de encerramento, destacou-se a importância de abordagens multissetoriais e multidisciplinares no combate às hepatites virais, garantindo o cumprimento de compromissos internacionais e atendendo às necessidades da população.



Figura 26. **Save the date Encontro Nacional “Eliminação da Hepatite C em Portugal – Os Microeliminadores”**

B. Semana Europeia do Teste

Nos dias 21 a 28 de novembro de 2022 e 15 a 22 de maio de 2023, 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 necessidade de realização de testes de rastreio, de forma regular. Estes continuaram a funcionar de forma segura, com recurso a novas metodologias e adaptando as suas respostas para proteger e cuidar das pessoas mais vulneráveis.

A prevenção, rastreio e tratamento das hepatites virais, IST e da infeção por VIH são estratégias essenciais na prevenção da transmissão e melhoria do prognóstico e devem ser mantidas em tempos de crise.

O PNHV realizou uma campanha informativa, através da divulgação de infografias (Fig. 27), nas quais se destaca a importância de realizar o teste para as hepatites virais de forma a travar a transmissão, disponível nas diversas estruturas de saúde do SNS e nas organizações não-governamentais. A deteção precoce de uma infeção por vírus da hepatite ou a identificação de alterações hepáticas através de uma análise clínica são medidas simples, todavia com o potencial de salvar vidas.



Figura 27. **Infografias campanha Semana Europeia do Teste**

C. 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.

O PNHV, em articulação com os parceiros, associou-se, em 2022, à comemoração do Dia Mundial das Hepatites, em vários pontos do País, entre 22 e 29 de julho, com o objetivo de sensibilizar a população para a importância da prevenção da transmissão, o diagnóstico precoce e a possibilidade de cura. Foram envolvidos os municípios da iniciativa Fast Track Cities para a divulgação e distribuição do material cedido em atividades no âmbito da comemoração do dia 28 de julho e na iniciativa de iluminação de edifícios emblemáticos dos Municípios durante 2 noites (27 e 28 de julho) com luz amarela. No total, 9 municípios iluminaram edifícios emblemáticos localizados na Amadora (fig. 28.), Cascais, Coimbra, Lisboa, Loures, Odivelas, Oeiras, Porto, Portimão e Sintra. Também, os edifícios da Direção-Geral da Saúde e do Ministério da Saúde iluminaram-se nas noites de 27 e 28 de julho.



Figura 28. **Iluminação de edifícios do Município da Amadora**

Nas redes sociais da Direção-Geral da Saúde foram divulgadas infografias (fig. 29), com o objetivo de aumentar a consciencialização para o problema das hepatites virais e influenciar mudanças reais nos comportamentos. A campanha de divulgação foi reforçada com participação em programas dos meios de comunicação social, nomeadamente em programas informativos, de entretenimento e ainda na rádio.



Figura 29. Infografias Dia Mundial Hepatites 2022

No sentido de oferecer oportunidade de a população conhecer o seu estado serológico para as Hepatites Virais, realizaram-se sessões de testes rápidos em espaços públicos nas cidades do Porto, Gondomar, Coimbra, Lisboa, Beja, Évora e Funchal, em parceria com ONG e voluntários. Em simultâneo com as sessões de rastreio, decorreram sessões de elastografia hepática que avaliam, através do Fibroscan, dois parâmetros: o grau de fibrose e a esteatose (fígado gordo). Estes dois indicadores dão a conhecer de imediato o estado de saúde do fígado. Associar este exame ao Dia Mundial das Hepatites constitui uma oportunidade para dar a conhecer este MCDT, promover o aconselhamento e desmistificar mitos e medos relacionados com as hepatites. No total, realizaram-se cerca de 650 testes rápidos, não só às Hepatites B e C, como também ao VIH e Sífilis e contabilizaram-se mais de 130 sessões de elastografia hepática, resultando em cinco encaminhamentos, dois por apresentarem teste reativo a Hepatite C e três por alterações no fígado observadas com o Fibroscan.

O conjunto de iniciativas multi-situadas foi finalizado com a apresentação do Relatório Anual das Hepatites Virais, no dia 28 de julho na Sala de Exposições dos Paços do Concelho, da Câmara Municipal de Lisboa, tendo contado com a participação da Senhora Vereadora do Pelouro dos Direitos Humanos e Sociais, Dra. Laurinda Alves, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. António Lacerda Sales, da Senhora Diretora-Geral da Saúde, Dra. Graça Freitas, do Diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais Prof. Doutor Rui Tato Marinho, entre outros representantes de organizações governamentais e não governamentais, bem como, membros de organizações internacionais.

2.4. Participações internacionais

O Programa Nacional tem assegurado a participação internacional, 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:

- 7th Meeting of the Hepatitis B and C network, Estocolmo 14 e 15 de março 2023
- Workshop on increasing civil society use of ECDC surveillance and monitoring data, Estocolmo 13 e 14 de abril de 2023;
- Does Aetiology Matter in the Management of HCC. EASL, Liver Cancer Summit, 2022.
- Regional Webinar, World Hepatitis Day, World Health Organization, julho, 2022.
- 4th Meeting of Translational Hepatology – Liver Cancer. Santiago de Compostela, dezembro, 2022.
- Panel discussion of around the current challenges to achieving the elimination targets and opportunities, ECDC, Sixth Meeting of the Hepatitis B and C Network, Estocolmo, março 2023.
- Women's Day ELPA. European Liver Patient Association, on-line, março de 2021.
- Hepatitis and STIs epidemics in the WHO European Region, 2022-2030. fevereiro de 2022.
- Otimização da elastometria para tomadas de decisão na terapêutica da hepatite B. Hepatologia do Milénio, Brasil, abril de 2022.
- Comorbilidades em transtornos adictivos. Prevalencia e manejo. Tenerife, Espanha. XLIX Jornadas Nacionales de Socidroalcohol. outubro 2022.
- EUROPE 2023. Stakeholders Meeting. Hepatitis Elimination in Portugal European Liver Patients Association, novembro 2022.
- Os métodos não invasivos para diagnóstico de nash e estadiamento de fibrose hepática e acompanhamento dos pacientes. Brasil, Mini Meeting Internacional de Doenças Metabólicas, Hospital Copastar, Hospital Aliança, Rio de Janeiro, dez 2022.

III. Roteiro de Ação para 2024

O Programa Nacional para as Hepatites Virais 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 atingirmos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o 3.3.

De modo a cumprir com as Orientações Programáticas 2022-2024 (publicadas no relatório do PNHV de 2022), o Programa identifica um conjunto de áreas prioritárias para a ação, que devem ser alcançadas até final do ano de 2024. Estas áreas identificadas procuram guiar a intervenção do Programa, em estreita colaboração com os profissionais de saúde, as instituições de base comunitária e as entidades nacionais e internacionais:

- Contribuir para a atualização das normas e orientações clínicas de avaliação diagnóstica da Hepatite B e C, com componente dirigida aos cuidados de saúde primários e aos cuidados hospitalares e referência à promoção do diagnóstico precoce de hepatites virais crónicas em adultos, pelo menos uma vez na vida;
- Reforçar o preenchimento do campo referente à coinfeção por vírus da hepatite D em plataforma de suporte ao SINAVE;
- Propor a desanonimização da hepatite B em SINAVE para as equipas locais de saúde pública, de modo a aumentar a capacidade de prevenção e intervenção na comunidade;
- Promover a criação de um curso formativo, com forte vertente prática, disponível através da plataforma NAU sobre o diagnóstico e abordagem das hepatites virais crónicas, para todos os profissionais de saúde.
- Propor a adição 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.
- Amplificar a realização de testes de rastreio e campanhas de sensibilização, nomeadamente na população em geral e em populações chave, tais como pessoas em situação de reclusão, utilizadores de substâncias psicoativas, entre outras.

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.

3.1. World Hepatitis Alliance

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. É liderada pela *World Hepatitis Alliance* em colaboração com a OMS.

Portugal é o país anfitrião da 4ª Cimeira Mundial da Hepatite, em 2024, a realizar-se entre os dias 9 e 11 de abril de 2024, na Culturgest. Esta cimeira constituirá 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 30. Cimeira Mundial das Hepatites 2024

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

Referências bibliográficas

1. Assembleia da República. Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto. Vol 1.a série.; 2009:5491-5495.
2. CDC. Adult Immunization Schedule – Healthcare Providers | CDC [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>
3. Direção-Geral da Saúde. Despacho n.º 9215/2021, de 17 de setembro [Internet]. Sec. Série II, nº 9215/2021 set 17, 2021 p. 130–1. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9215-2021-171516123>
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable diseases threat report, Week 26, 26 June-2 July 2022. 1 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-2-jul-2022-corrected.pdf>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-b-annual-epidemiological-report-2021-1.pdf>
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf>
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries: 2020 data. [Internet]. LU: Publications Office; 2022. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/245108>
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-and-C-prevention-eu-december-2022.pdf>

14. Hepcludex | European Medicines Agency [Internet]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex>
15. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017.
16. Mahase E. Hepatitis: Ukrainian refugees should be offered vaccines and free treatment, says WHO. *BMJ*. 5 de maio de 2022;377:o1132.
17. MDCalc [Internet]. Fibrosis-4 (FIB-4) Index for Liver Fibrosis. Disponível em: <https://www.mdcalc.com>
18. 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>
19. 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: 10.1002/hep.32378. Epub ahead of print. PMID: 35103995
20. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências [Internet]; 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias.pdf
21. Silva JM, Silva MJ, Calinas F, Nogueira PJ. Burden of Liver Cirrhosis in Portugal between 2010 and 2017. *GE Port J Gastroenterol*. 2021 Apr;28(3):153-161. doi: 10.1159/000510729. Epub 2020 Oct 19.
22. 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.
23. UK Health Security Agency - Increase in hepatitis (liver inflammation) cases in children under investigation. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/news/increase-in-hepatitis-liver-inflammation-cases-in-children-under-investigation>
24. 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>
25. WHO Europe. Health topics. Hepatitis EURO [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/health-topics/hepatitis>
26. World Health Organization. Disease Outbreak News: Acute hepatitis of unknown aetiology – the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. 15 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON368>
27. 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>

28. 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>
29. World Health Organization. Ten years in public health, 2007–2017: report by Dr Margaret Chan, Director-General, World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. 152 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255355>
30. 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

Anexos

Projetos de microeliminação da hepatite C

Projeto piloto Hepatite C em população sem abrigo do Grande Porto

Autores: Associação Abraço e Centro Hospitalar Universitário S. João (CHUSJ) - Consulta de Gastroenterologia

Área do projeto: Rastreio/ diagnóstico/ ligação/ tratamento hepatite C

Objetivo: Garantir, de forma descentralizada, que as pessoas com rastreio reativo para a Hepatite C após confirmatório, realizem o tratamento.

População alvo/caracterização sociodemográfica: População sem-abrigo residente nos Albergues Noturnos do Porto. É uma população desestruturada em termos sociais, normalmente já conhecedora do seu diagnóstico de Hepatite C, mas nunca fez tratamento.

Contexto/âmbito geográfico: Grande Porto

Descrição sumária do projeto: Um técnico da Abraço, desloca-se aos Albergues Noturnos do Porto para realizar rastreio ao VIH, hepatite C, B e Sífilis. Em caso de resultado reativo, verificamos quem já fez tratamento ou teve confirmatório de doença anterior articulando com os hospitais da cidade do Porto. Posteriormente, descola-se uma equipa do CHUSJ aos albergues para realizar o Fibroskan e o técnico da Abraço para realizar a colheita de sangue. O sangue é analisado no CHUSJ. Em caso de confirmação da infeção, o CHUSJ solicita o tratamento e quando disponível a Abraço realiza o levantamento da medicação para garantir a toma observada.

Resultados: Entre 2018 e 2019 foram realizados 1 036 testes de rastreio ao VHC, ao VHB, ao VIH e à Sífilis, a 389 utentes.

No total de testes efetuados (n:360), cerca de 14,4% resultaram reativos, evidenciando a presença do vírus da Hepatite C (VHC). Cerca de 18% suprimiram o vírus por um processo de auto cura e 61,9% tiveram que iniciar terapêutica adequada à sua eliminação. Todos os participantes concluíram com sucesso o tratamento.

Volvidos 2 anos, consideramos que deveríamos voltar a rastrear esta população alvo descentralizando os cuidados e indo ao encontro da população, disponibilizando rastreios, diagnóstico e tratamento, sem que as pessoas se desloquem a hospitais. No final de 2022, reiniciámos os rastreios, estando ainda o projeto em vigor.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Dificuldade em perceber quais as pessoas que efetivamente já realizaram tratamento, se se trata de uma auto cura ou de uma reinfeção, de forma a evitar a realização de fibroskan e colheita de sangue a todos.

A ligação aos cuidados de saúde com esta população por marcação hospitalar é quase impossível, dada a fraca adesão e comparência às consultas.

Conclusões: Os resultados da intervenção de 2018/2019 confirmam a importância de um trabalho descentralizado que vá ao encontro da população mais vulnerável e garanta que os mesmos realizem o tratamento para a Hepatite C. Paralelamente, os resultados objetivos permitem-nos identificar e reto-

mar o tratamento no caso de duplo diagnóstico (VIH e hepatite c) em pessoas que tinham abandonado tratamento para o VIH.

Parcerias/apoios

Parceria: Centro Hospitalar Universitário S. João e Albergues Noturnos do Porto

Apoio: Farmacêutica Abbvie

Consulta Descentralizada do Programa de Consumo Vigiado do Porto – Espaço para consumo vigiado amovível (PCVMP)

Autores: 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)

Área do projeto: Redução de Riscos e Minimização de Danos/ Consumo Vigiado/Rastreo/ Diagnóstico/ ligação/ tratamento doenças infecciosas

Objetivo: Garantir, de forma descentralizada, que as pessoas utilizadoras de drogas, utentes do PCVP com rastreio reativo para VIH, hepatite B e C, sífilis e tuberculose após confirmatório, realizem o tratamento.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Uteses do PCVMP, maioritariamente do sexo masculino (83,6%), de nacionalidade portuguesa (96,8%). A maioria dos utentes são utilizadores de drogas por via fumada (83,8%). A substância psicoativa predominantemente consumida é a heroína e crack (50,8%), seguida de crack (31,7%) e heroína (17,5%).

Contexto/âmbito geográfico: Grande Porto

Descrição sumária do projeto: Com início em março de 2023, são disponibilizadas 2 consultas por semana: às segundas-feiras, pelo Centro Hospitalar Universitário de Santo António; às quintas-feiras pelo Centro Hospitalar Universitário de São João. Desde o início, foram realizadas 14 sessões de consultas descentralizadas, num total de 53 consultas, numa média de 4 consultas por sessão. O serviço garante a toma observada da medicação.

Resultados: 29 utilizadores com resultado reativo para co-infecção VIH/VHC e 64 com resultado reativo para VHC. Destes, 17 e 36, respetivamente, foram sinalizados para a consulta, sendo que 13 e 16 foram atendidos em consulta, respetivamente. Dos utentes com co-infecção VIH/VHC, 10 estão em tratamento e 1 utente com VHC. 10 utentes com VHC tiveram alta. A taxa de adesão foi de 80 – 100% em 16 utilizadores, sendo que 1 utilizador apresentou taxa de adesão de 50%.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Dificuldade em perceber quais as pessoas que efetivamente já realizaram tratamento, se se trata de uma auto cura ou de uma reinfeção, de forma a evitar a realização de fibroscan e colheita de sangue a todos.

Conclusões: Os resultados confirmam a importância de serviços concentrados num único espaço para esta população, desde a distribuição de material para consumo fumado e injetado, à assistência no consumo injetado, os rastreios e a disponibilização e acompanhamento do tratamento.

Parcerias/apoios: Câmara Municipal do Porto (financiador); Centro Hospitalar Universitário S. João, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, APDES, Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação Do Porto ARRIMO, SAOM, APF, SICAD, Instituto da Segurança Social, I.P. e a ARS do Norte, I.P.

Centro Social de Paramos – Equipa SMACTE (Serviço Móvel de Apoio à Comunidade)

Autores: Marília Costa; Joana Coelho

Área do projeto: Redução de Riscos e Minimização de Danos, intervenção de proximidade com pessoas que utilizam drogas no concelho de Espinho

Objetivos: Reduzir riscos e minimizar danos (associados ao consumo de substâncias psicoativas e às práticas sexuais), impulsionando a progressiva (re)estruturação biopsicossocial e a promoção da cidadania junto de 150 pessoas

População alvo/caracterização sociodemográfica: Pessoas consumidoras de substâncias psicoativas (lícitas e/ou ilícitas) que frequentam o concelho de Espinho. Maior prevalência de consumos problemáticos de heroína, cocaína e álcool, maioritariamente via fumada. Forte registo de relações sexuais sem proteção e índice relevante de pessoas em situação de sem-abrigo. Maioritariamente género masculino.

Contexto/âmbito geográfico: Concelho de Espinho, onde se incluem as freguesias de Espinho, Anta-Guetim, Paramos e Silvalde. Zona urbana e suburbana. Incidência da intervenção de rua (unidade móvel) em locais públicos onde as pessoas se encontram por associação às suas rotinas diárias ou próximo destas.

Descrição sumária do projeto: SMACTE intervém desde 2001 e as principais estratégias de ação são o trabalho de rua e a relação de proximidade (maioritariamente em espaço público). Investe na educação para a saúde, distribuição e recolha de material para consumo, rastreio de doenças infecciosas e no acompanhamento em programas terapêuticos e sua administração diária (do qual é exemplo a hepatite C). É a referência mais próxima e acessível para a resolução das situações que surgem no dia-a-dia, conciliando o acompanhamento psicossocial com a toma observada de medicação, fator importante na acessibilidade e adesão aos programas.

Resultados: O SMACTE dispõe de capacidade para acompanhar a pessoa em todo o processo de aconselhamento, deteção precoce e referenciação. Possui uma equipa habilitada para acompanhar na educação para a saúde. Na fase de rastreio consegue realizar a deteção, mediante a utilização de testes rápidos em unidade móvel. Caso seja necessário, a equipa também acompanha na referenciação hospitalar (ou outras que se vejam necessárias) e se houver orientação para iniciar terapêutica, pode existir colaboração na administração da medicação e acompanhamento a consultas.

Desde que a consulta de infecciosas está disponível em Espinho (uma vez por semana), este processo ficou mais ágil, e a adesão ao tratamento aumentou exponencialmente. Nos últimos 12 meses, foram identificadas 12 pessoas infetadas com Hepatite C, das quais 6 concluíram tratamento com uma taxa de cura de 100%; 2 estão em acompanhamento hospitalar e as restantes ainda não aderiram à referenciação.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: A maior barreira continua a ser a adesão à referenciação hospitalar, atenuada pela descentralização da consulta hospitalar de Gaia para

Espinho. A forte iliteracia para a saúde atrasa muito os processos de ADR. Nas situações de vulnerabilidade e com rotinas de imediatismo, é essencial que as equipas estejam munidas de testes rápidos e condições para os aplicar, com vista à deteção precoce.

Conclusões: É uma forte preocupação do Centro Social de Paramos colaborar e impulsionar programas que concorram para a eliminação da hepatite C e outras doenças infecciosas. Tem investido nas equipas técnicas e suas parcerias, de forma a tornar-se mais eficaz no processo de ADR, colaborando para que este esteja acessível a toda a comunidade, mas especialmente às pessoas em situação de vulnerabilidade biopsicossocial (que necessitam de um maior apoio em todo o processo).

Parcerias/apoios

Parcerias: ADCE, Aipal, Banco Alimentar de Aveiro, Câmara Municipal de Espinho, Centro Diagnóstico Pneumológico V. N. de Gaia, CRI (Centro de Respostas Integradas) Porto Central, Delegação de Espinho da Cruz Vermelha Portuguesa, GAT, Grande Farmácia (Espinho), Laboratório De Análises Clínicas Margarida Castro Barbosa & Filhos Lda. (Esmoriz), SICAD;

Apoios: ACES Espinho/Gaia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (serviço de Doenças Infecciosas), ISS.IP, PSP Espinho.

Projeto +Rastreio = + Vida

Autores: Filomena Aguiar; Paula Costa; André Silva; Alexandra Duque; Eunice Figueiroa; Rita Braga; Filipa Macedo; Pedro Belmonte; Sara Correia; Francisca Neves; Filipe Gaspar, Dalila Melo

Área do projeto: Prevenção, rastreio, referenciação e ligação aos cuidados de saúde e ao tratamento de hepatites virais

Objetivos: Diagnosticar VIH, VHC, VHB e Sífilis no grupo trabalhadores do Sexo, Mulheres Transsexuais e seus clientes/contactos, facilitar o acesso à prevenção, à PrEP e PPE e a ligação/retenção aos cuidados de saúde, referenciar adequadamente e promover a adesão ao(s) tratamento(s).

População alvo/caracterização sociodemográfica: A população prioritária do Projeto é o grupo de trabalhadores do sexo e seus clientes e mulheres transsexuais, no distrito do Porto. A população-chave é maioritariamente imigrante, oriunda, sobretudo, do Brasil, algumas de passagem por Portugal e outras residentes que transitam entre cidades. Têm idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, com escolaridade média (3º ciclo) realizando periodicamente rastreios às infeções sexualmente transmissíveis.

Contexto/âmbito geográfico: As intervenções concretizam-se maioritariamente em contexto de domicílio; nas instalações da Fundação eu junto de parceiros institucionais. Geograficamente a intervenção realiza-se, maioritariamente, no Porto, mas também em Vila Nova de Gaia, Maia, Póvoa de Varzim, Matosinhos, Penafiel, Paredes e Vila do Conde.

Descrição sumária do projeto: As intervenções de sessões de rastreio, informação e aconselhamento pré e pós-teste e disponibilização de materiais em outreach realizam-se essencialmente em horário noturno. Há referenciação para PrEP/PPE e de resultados reativos. O projeto disponibiliza um Número Verde para informações e agendamentos de sessões. O mediador de pares gerencia contactos, cria/mantém dinâmicas diferenciadas para alcançar novos participantes e promove apoio social: acesso aos cuidados de saúde e processos de legalização.

Resultados: Entre 1 de dezembro de 2019 e 31 de janeiro de 2023 realizaram-se cerca de 1 500 contactos tendo sido efetivadas 2 171 sessões de rastreio, num total de 1 995 pessoas abrangidas, das quais 1 260 realizaram rastreio à infeção por VHC, destacando-se 420 pessoas que o fizeram pela primeira vez.

Foram identificados 28 casos reativos, sendo que 12 foram referenciadas e acompanhadas à primeira consulta hospitalar. Dos casos reativos, 6 são mulheres, 16 homens e 6 trans, com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, com maior expressão na faixa etária 45-54 anos (N=13). Todas as pessoas com infeção confirmada realizaram tratamento.

Identificamos cerca de 200 mulheres trans (designadas “homem2 à nascença), maioritariamente de nacionalidade brasileira, que trabalham na indústria do sexo, com idades compreendidas entre os 21 e os 59 anos. Alcançamos cerca de uma dezena clientes/parceiros.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Alguma resistência de alguns utentes para receber a equipa do projeto em casa; questões burocráticas que se prendem com processos de regularização administrativa devido ao tempo necessário para concretizar/finalizar os processos, dificuldades de compreensão dos processos, experiências anteriores onde sentiram algum tipo de preconceito e estigma; alguma dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e a outros serviços; estilo de vida nómada e precário, algumas com poucas condições de habitabilidade.

Conclusões: a experiência reforça a importância da realização dos rastreios em domicílio junto destas populações, pois 1) facilitam a realização dos rastreios à diferentes infeções por desconhecimento de locais onde os mesmos se realizam, 2) diminuem o medo de ser identificada como pessoa indocumentada, 3) ultrapassaram as barreiras logísticas associadas aos testes baseados em clínicas/hospitais, 3) encorajaram os participantes a ultrapassar o seu medo da realização do teste, 4) proporcionaram privacidade no lar, e 5) proporcionaram tempo de qualidade com os conselheiros de saúde qualificados.

Parcerias/apoios: Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e Programa Nacional para as Hepatites Virais; Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Hospital de Santo António; GAT; Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto; Escola Superior de Saúde de Santa Maria; ESE de Santa Maria; Movimento Lírio Azul – Projeto Raios de Sol; ISMAE; Amplos

Projecto SER – Saúde em Equipa de Rua

Autor: Joana Sanches – Coordenadora do Projecto SER - Médicos do Mundo

Área do Projeto: Comportamentos Aditivos e Dependências – Eixo Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)

Objetivos: Garantir o acesso a programas de RRMD associados ao consumo de substâncias psicoativas (SPA) e trabalho sexual, nas freguesias de Barcelos, Arcozelo e Feitos do concelho de Barcelos; contribuir para a estruturação psicossocial dos utentes e aproximação às estruturas da rede social de suporte; contribuir para o desenvolvimento comunitário e conhecimento epidemiológico do fenómeno.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Consumidores de SPA, Pessoas em Situação de Sem Abrigo (PSSA), Trabalhadores sexuais, que se encontram socialmente estigmatizados e econo-

micamente vulneráveis, com percursos profissionais pautados pela precariedade e desemprego, associados a baixos níveis de escolaridade e muitos apresentam problemas do foro judicial. Encontram-se desintegrados de uma estrutura familiar e dos serviços, sendo a sua rede social constituída por outros consumidores.

Contexto/âmbito geográfico: Intervenção em 2 freguesias do concelho de Barcelos: Barcelos, Arcozelo e Feitos, dado que 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’s” e a freguesia dos Feitos enquadra-se numa área suburbana onde foi identificada a realização de trabalho sexual de rua.

Descrição sumária do projeto: 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 acompanhar utentes a serviços de saúde. Através desses recursos, o projeto promove a estruturação bio-psico-social dos utentes, 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 da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências da Administração Regional de Saúde do Norte.

Resultados: 230 testes rápidos para rastreio de VHC realizados; 42 pessoas com anticorpos VHC acompanhadas pelo projeto; 20 pessoas realizaram tratamento; 7 pessoas sem necessidade de tratamento; 8 pessoas mantêm-se atualmente em seguimento ou aguardam consulta de especialidade; perdeu-se o contacto com 3 pessoas; 1 pessoa não foi referenciada pois vivia no Porto, era seguida por equipa de rua do Porto e já tinha sido referenciado lá para consulta (apenas vinha a Barcelos esporadicamente); 2 pessoas foram presas antes de serem referenciadas para consulta de especialidade; 1 pessoa faleceu com carcinoma hepatocelular enquanto estava em acompanhamento em consulta de especialidade.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Tempo de espera para 1ª consulta de especialidade; Distância do Hospital porque os utentes têm que se deslocar 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 a consultas e tratamento do VHC, algo ainda mais notório nas populações em situação mais vulnerável e que se acentuam em regiões fora das grandes cidades. Tendo o Projeto implementado um modelo de acompanhamento que inclui: a realização de rastreio rápido; referenciação direta para consulta; acompanhamento a todas as consultas; apoio no armazenamento e na toma da medicação; gestão de motivação para a adesão a todo o processo, para além do acesso a todas as atividades de saúde, sociais e de prevenção inerentes, foi possível a adesão dos beneficiários a consultas e ao tratamento.

Parcerias/apoios: SICAD, Câmara Municipal de Barcelos; CRI de Braga; Programa Nacional para as IST e VIH; Programa Nacional para as Hepatites Virais; SPMS – PTS - Programa de Troca de Seringas; Rede de Rastreio Comunitária; R3 – Riscos Reduzidos em Rede; Grupo de Ação Social Cristã (Projeto SORRIR – Eixo de Tratamento); Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Barcelos (Projeto Oficinas do Saber e Ser – Eixo de Reinserção)

Porto Escondido

Autores: Médicos do Mundo

Área do projeto: Detecção precoce e prevenção da infeção por VIH e Hepatites Virais e infeções sexualmente transmissíveis (IST).

Objetivo Geral: Promover o acesso à prevenção e à realização de testes de rastreio das infeções por VIH, VHB, VHC e Sífilis e a referência nos grupos dos HSH, TS e seus clientes, Pessoas em Situação de Sem-Abrigo, Utilizadores de Drogas e migrantes e garantir o acesso a programas de RRMD e de prevenção da infeção por VIH, VHB e VHC no grupo dos UD nos concelhos do Porto, Vila Nova de Gaia, Valongo, Gondomar, Matosinhos e Vila do Conde.

População alvo/caracterização sociodemográfica: População Geral; Migrantes em situação regular e irregular; Trabalhadores Sexuais (TS) e seus clientes; Homens que fazem sexo com Homens (HSH); Consumidores de Substâncias Ilícitas; Pessoas em Situação de sem Abrigo (PSSA). 74% dos utentes tem um grau de escolaridade igual ou inferior ao secundário; os utentes que mais nos procuram correspondem à população que se encontra em situação de sem-abrigo maioritariamente de origem portuguesa e brasileira. Quanto ao nível de escolaridade, 6%; não sabe ler nem escrever e 41% concluiu a licenciatura e o mestrado.

Contexto/âmbito geográfico: Distrito do Porto: concelhos do Porto, Vila Nova de Gaia, Valongo, Gondomar, Matosinhos e Vila do Conde.

Descrição sumária do projeto: Equipa de Rua que, com recurso a uma Unidade Móvel, promove o acesso à prevenção, à realização de teste de rastreio das infeções por VIH, VHB, VHC e Sífilis, ao apoio psicossocial, à adequada referência e o acesso a programas de RRMD e de prevenção da infeção pelo VIH, VHB e VHC no grupo de Utilizadores de Drogas. A intervenção promove a retenção nos cuidados de saúde, a notificação anónima e o rastreio de contactos, contribuindo para o conhecimento epidemiológico e comportamental em Portugal. O projeto promove ainda o combate ao estigma e à discriminação associados aos fenómenos do trabalho sexual, consumo de substâncias e à infeção IST.

Resultados: Durante o período de intervenção do projeto (jan2022/dez 2022) foram contactadas cerca de 1000 pessoas sendo que 560 pessoas se encontram dentro da faixa etária dos 25 aos 44 anos. Foram realizadas 515 sessões abrangendo 515 pessoas. Foram realizados 507 testes rápidos para o VIH, 509 testes rápidos para o VHB, 498 testes rápidos para o VHC e 506 testes rápidos para a Sífilis. Destes foram encaminhados com testes reativos: 10 pessoas para o VHC, 2 para VIH e 3 para sífilis.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Dificuldade no diagnóstico precoce da hepatite C; acesso limitado a testes rápidos para algumas populações; tempo de espera para a marcação da primeira consulta de especialidade; dificuldade de marcação da consulta para migrantes em situação irregular; migrantes em situação regular que desconhecem os seus direitos; difícil acesso à informação da continuidade do tratamento por parte de utentes mais vulneráveis; financiamento dos projetos por períodos curtos; Estigma e discriminação.

Conclusões: É essencial investir em campanhas educativas para informar as pessoas sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção e disponibilidade do rastreio. A educação adequada pode ajudar a reduzir o estigma associado a estas doenças e promover uma maior adesão aos testes rápidos. É crucial assegurar que os testes para estas infeções sejam amplamente acessíveis, isto pode passar pela

realização de testes em comunidades de alto risco e distribuição de testes em locais estratégicos. O trabalho em parceria e em rede é essencial para promover o desenvolvimento de ações eficazes neste âmbito.

Parcerias/Apoios: Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH-SIDA, ISPUP, Laboratório Médico de Análises Clínicas Dr. Luis Marinho, R3 – Redução de Riscos em Rede, Rede Positivo, Rede de rastreio comunitária, Rede Trabalho Sexual, Centro Hospitalar Universitário de S. João, Unidade de Saúde Pública Porto Oriental, UCC Baixa do Porto, Hospital de Santo António, Associação Plano I, Câmara Municipal do Porto, AMI – Ajuda Médica Internacional, Albergues Noturnos do Porto, CDP Porto, Unidade de Saúde Pública do Porto Oriental e Ocidental, Arrimo, Norte Vida.

Tolerância Zero

Autores: Carriço, Paula; Costa, Raquel; Coutinho, Bruno; Valente, Cristina; Virgínio, Ana

Área do projeto: Projeto de Eliminação da Hepatite C na Figueira da Foz - Portugal

Objetivos: Este Projeto surge da necessidade de rastrear utentes para o Vírus da Hepatite C (VHC) que frequentam o Programa de Tratamento de Substituição de Opiáceos na Equipa de Tratamento (ET) do Centro de Respostas Integradas (CRI) na Figueira da Foz e utentes da Equipa de Intervenção Direta (EID) da Associação Fernão Mendes Pinto (AFMP).

População alvo/caracterização sociodemográfica: Os beneficiários do Projeto são utentes acompanhados por 2 serviços localizados na zona urbana da Figueira da Foz, a ET da Figueira da Foz da DICAD, ARS Centro, I.P. (Entidade Pública) e a Equipa de Intervenção Direta da Associação Fernão Mendes Pinto (Entidade do Terceiro Setor).

A Equipa de Intervenção Direta beneficia de um acordo atípico com o Instituto de Segurança Social, desde 2000, e presta acompanhamento a 120 pessoas. A ET da Figueira da Foz privilegiou os 90 utentes que frequentam o programa de substituição de opiáceos de um total de 473 utentes em acompanhamento neste serviço. No rastreio propusemo-nos a avaliar 110 pessoas prevendo que 40 utentes têm resultado positivo para VHC.

Contexto/âmbito geográfico: O Projeto “Tolerância Zero” decorre no concelho da Figueira da Foz - distrito de Coimbra e privilegiou pessoas com adição ao álcool e/ou drogas, em situação de sem-abrigo, vítimas de tráfico de seres humanos, ex-reclusos, profissionais do sexo e outros em situação de vulnerabilidade social e acompanhados por profissionais sociais e de saúde dos dois serviços locais.

Descrição sumária do projeto: Atendendo às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Erradicação do Vírus até 2030, surge a necessidade de prevenir, rastrear e tratar o vírus em utentes com patologia aditiva com acompanhamento da EID e ET e residentes na Figueira da Foz. Assim, as 2 equipas e o Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) decidiram unir esforços, em colaboração com a Gilead e a Cepheid, na criação de um programa pioneiro no distrito de Coimbra para rastreio, diagnóstico e tratamento para esta população.

O Projeto teve início a 12 de novembro de 2021 e continua em desenvolvimento. Numa primeira fase, realiza-se um rastreio de anticorpo (teste rápido) nas instalações da ET e EID zelando pela privacidade

e bem-estar do utente. No caso de um teste reativo, o utente submete-se a uma análise de PCR realizada nas instalações da ET com o equipamento Cepheid GeneXpert. Caso se verifique a infeção ativa, o utente é encaminhado para o Serviço de Infeciologia do CHUC com o apoio no transporte e acompanhamento à consulta por parte da EID para avaliação médica e tratamento.

Resultados: Entre novembro 2021 e junho 2023 foram testados 70 utentes, verificando-se a positividade do anticorpo em 31 utentes, o que corresponde a 44% da população avaliada. Realizaram-se 44 análises PCR confirmando-se infeção em 10 utentes.

Na articulação direta com o serviço de infeciologia do CHUC, foram agendadas e realizadas consultas com 24 utentes. 9 utentes do sexo masculino terminaram com sucesso o tratamento e 1 utente do sexo feminino apesar de não ter terminado o tratamento revelou-se indetetável para o ARN-VHC na avaliação realizada após 4 semanas de tratamento. Deste grupo, 2 pessoas, 1 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, desistiram após a realização da primeira consulta; uma pessoa do sexo masculino aguarda pela medicação e outra do mesmo sexo aguarda pelo diagnóstico efetivo.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: A pandemia foi fulcral no adiamento do arranque do Projeto devido à necessidade de ter condições de segurança na atuação dos profissionais com o grupo-alvo. Alguns constrangimentos foram detetados durante este hiato temporal nomeadamente com a máquina de PCR que não foi disponibilizada no imediato e esteve por um curto período de tempo disponível nas instalações da ET. Aquele equipamento também acusou erros sucessivos na análise PCR, havendo 25 pessoas com dúvida no diagnóstico nomeadamente na confirmação da infeção.

O tempo de espera para acesso à medicação, superior foi superior a 3 meses, também é outra barreira encontrada. Dada a volatilidade do grupo em acompanhamento, verificaram-se desistências o que dificulta o tratamento de pessoas com positividade para o VHC.

Conclusões: Os resultados numéricos evidenciam que a taxa de sucesso do projeto é superior a 50%. Os objetivos propostos estão praticamente alcançados e a descentralização do rastreio pelas equipas que intervém no terreno é perentório para a adesão terapêutica dos utentes que em circunstâncias normais não seriam tratados. A adição, a doença mental, a falta de suporte familiar, as condições socio habitacionais são fortes condicionantes para o acesso ao tratamento e, conseqüentemente, para o seu cumprimento. O serviço prestado pelas duas equipas, em colaboração direta com a médica infeciologista do CHUC, Dra. Cristina Valente, é fundamental para a motivação dos utentes.

A humanização dos serviços e a sensibilidade dos profissionais sociais e de saúde com estas pessoas é vital para garantir uma melhor qualidade de vida ultrapassando os sintomas nefastos do VHC comprovando que existe cura para esta infeção e cumprindo com as recomendações da OMS.

Parcerias/apoios: Portugal - Gilead Sciences, Lda., Empresa Cepheid Iberia, S.L.U. e o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra nomeadamente com o serviço de infeciologia e os serviços farmacêuticos.

NONHep CC

Área do projeto: Projeto de intervenção de microeliminação da hepatite C em utentes internados para desabitação na Unidade de Desabitação de Coimbra (UDC).

Objetivos: Até ao final de 2025, 80% do grupo-alvo tenha sido abrangido pelo projeto NoNHep CC; 95% do grupo-alvo tenha sido submetido a intervenção psicoeducativa; 80%, sejam referenciados para a consulta de infecciosas; e, 90% dos utentes positivos para RNA do HCV adiram à consulta.

População alvo/caracterização sociodemográfica: A população alvo é constituída por 350 utentes internados na UDC com média de idades de 46 anos, 88% do sexo masculino, 52% encontram-se em situação de desemprego, 24% encontra-se empregado de forma estável. 4% não tem qualquer nível de escolaridade, 84% não completaram o 3º ciclo do ensino básico e apenas 8% completaram o nível secundário.

Contexto/âmbito geográfico: Uteses com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas com ou sem comorbilidade psiquiátrica associada, que frequentam as equipas de tratamento (ET) dos serviços públicos para as adições, referenciados para tratamento na UDC, maioritariamente residentes na região centro.

Descrição sumária do projeto: Projeto criado no âmbito de uma parceria entre a UDC e o Serviço de Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Aos utentes admitidos é efetuada uma avaliação de ac-HCV. Independentemente do resultado, é disponibilizada psicoeducação, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde e ação de prevenção. Aos utentes com resultado de ac-HCV + é colhido sangue na UDC, para verificação do RNA. Também é preenchido um inquérito epidemiológico, que acompanha o sangue para o serviço de infecciosas dos CHUC. Caso o utente tenha carga viral positiva é encaminhado para o hospital de referência, com acompanhamento de todo o processo pelos enfermeiros da UDC.

Resultados: Entre outubro de 2020 e dezembro de 2022, foram abrangidos com uma população total de 350 doentes internados na UDC, em que 122 doentes testaram positivo para a presença ac-HCV. Destes, 8 estavam co-infectados com o VIH, 33 testaram positivo para ARN/VHC e 28 apresentaram RNA negativo, eliminando assim o vírus de forma espontânea.

Dos doentes positivos para o RNA, 9 são reinfeções e 2 faleceram. 24,2% apresentaram outras doenças hepáticas (cirrose); 52% encontram-se em Programa Tratamento com Agonista Opiáceo; em 45,5% a substância de abuso principal é o álcool. A prevalência de comorbilidades psiquiátricas nesta amostra foi de 23% sendo que 48% apresentaram outras comorbilidades orgânicas associadas.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Verificou-se fraca adesão ao tratamento. O diagnóstico é feito nos serviços de adições, embora o tratamento apenas seja feito a nível hospitalar, com atraso na chamada para consulta e para o início da toma de antivirais de ação direta. Estes utentes trocam de número de telemóvel com muita frequência. Quando o utente é admitido na UDC traz MCDT's solicitados pelo médico que o acompanha na ET, no entanto o sistema de informação multidisciplinar não permite solicitar o RNA.

Conclusões: Esta estratégia de intervenção, junto do doente portador VHC, num contexto de proximidade, é fulcral para dar cumprimento às metas nacionais e internacionais de eliminação do VHC. Verificou-se fraca adesão à continuidade do tratamento, o que poderá comprometer a eliminação da

doença, sendo por isso, mais favorável que o tratamento seja efetuado na unidade onde é acompanhado pela sua adição.

Espera-se que a abordagem e o tratamento do VHC nestes doentes possam contribuir para melhorar a adesão ao tratamento da dependência e, conseqüentemente, o seu desempenho pessoal e social.

Parcerias/apoios: serviço de Infeciosas dos hospitais de referência dos utentes internados; unidades de Saúde Familiar; equipas de rua/Unidades de Cuidados na Comunidade e Equipas de tratamento da DICAD.

Projeto Adão e Eva II

Autores: Paulo Anjos; Maria Lobo

Área do projeto: Prevenção e rastreio de VIH, VHB, VHC e IST, referência e ligação aos cuidados de saúde e sociais, Redução de Riscos e Minimização de Danos

Objetivos: Disponibilizar o rastreio rápido de VIH, VHB, VHC e outras IST a Trabalhadores do Sexo e Clientes, Homens que têm Sexo com Homens, Utilizadores de Drogas Injetáveis e Pessoas em situação de Sem-Abrigo, no distrito de Coimbra, assegurando referência e acesso ao SNS, acompanhamento aos serviços e acesso a medicação e promover referência para PrEP e PPE, a literacia em saúde e acesso à prevenção.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Populações: HSH: com idade média de 30 anos, 67% de nacionalidade portuguesa; variabilidade no estatuto socioeconómico; TS: 94% do sexo feminino, com média de idade de 41 anos; 75% migrantes, com escolaridade média/baixa; UDI: 80% de sexo masculino, média de idade de 40 anos, reduzida integração; PSA: 81% de sexo masculino, média de idade de 40 anos de idade, reduzida integração.

Contexto/âmbito geográfico: O projeto intervém em contexto de rua, locais de consumo, apartamentos/ clubes (no caso dos TS) e outros locais identificados, ex. saunas (com HSH). Os contextos incluem zonas urbanas (Coimbra, Figueira da Foz, Pombal, Cantanhede, Viseu), rurais (apartamentos/ clubes e rua), e estradas nacionais (N1/IC2-Condeixa e Mealhada; EN 347/IC3 – Condeixa; N109 - Mira e Figueira da Foz, norte de Cantanhede).

Descrição sumária do projeto: O Projeto intervém através de trabalho de campo direto, através de disponibilização de informação/ promoção da literacia sobre VIH/HV; Distribuição de material preventivo; Realização do rastreio de VIH, VHB/C e outras IST, promovendo a notificação anónima/ rastreio de contactos; Referência e apoio no acesso ao SNS, apoio no acesso à medicação, promovendo a 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 intervenção junto de 3 328 pessoas, sendo 54% TS, 28% HSH, 18% UD e 15% PSA. Efetuou entre julho de 2015 e junho de 2023, 4 211 sessões de rastreio, 2 293 testes VHC e 1 605 VHB. Foram identificados 26 testes VHC e 3 VHB reativos. Cerca de 90% foram referenciados para estruturas de saúde para confirmação de resultado e acompanhamento clínico. Realizado acompanhamento psicossocial sempre que a necessidade foi identificada.

Os resultados indicam que 100% da PA recebe material informativo e preventivo; 90% reporta comportamentos preventivos; 85% refere realizar regularmente rastreio VIH/IST; 85% recebe apoio em função das necessidades; 90% recebe informação; 90% demonstra conhecer formas de transmissão de VIH/IST; 75% dos UDI reporta comportamento preventivos; 90% diz utilizar o preservativo de forma correta e sistemática e a maioria conhece direitos no acesso à saúde.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: A principal barreira encontrada prende-se com a dificuldade no acesso à população e a resistência verificada para realização do rastreio. Adicionalmente, não obstante a facilidade na referência aos serviços hospitalares, a adesão da população às consultas e à terapêutica é difícil de manter. Por outro lado, as condições habitacionais e socioeconómicas da população dificultam o acompanhamento das mesmas.

Conclusões: Os resultados obtidos demonstram a melhoria na literacia em saúde e adoção de comportamentos preventivos. A intervenção com carácter regular e em contexto outreach é fundamental para a obtenção de resultados positivos. A elevada variabilidade/ rotatividade na PA acompanhada, dificulta a regularidade no acompanhamento, salientando a importância de intervenção de proximidade e que responda às suas necessidades. O rastreio regular das HV é fundamental, sobretudo nos UDI. Dadas as particularidades da PA é imprescindível o acompanhamento que potencie a adesão ao tratamento.

Parcerias/apoios: PNISTVIH, PNHV, Programa de Troca de Seringas, ARS do Centro, I.P., GAT, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE - Unidade de Infeciologia, CHBV - Hospital Infante D. Pedro, Serviço de Infeciologia, União de Freguesias de Coimbra, AMI - Assistência Médica Internacional, Porta Amiga de Coimbra, APAV - Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra.

SARA VI – Serviço Anónimo de Rastreio e Aconselhamento – Leiria e Marinha Grande

Autores: Ana Patrícia Quintanilha e Telma Alves – Associação Novo Olhar II

Área do projeto: Rastreio das hepatites B e C e referência e ligação aos cuidados de saúde

Objetivos: Promover o acesso à prevenção, o teste de rastreio da infeção VHC e VHB, adequada referência, ligação aos cuidados de saúde e ao tratamento e garantir o acesso a programas de redução de riscos e minimização de danos em populações chave, designadamente 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: Homens que têm Sexo com Homens, Trabalhadores do Sexo e seus clientes, população Sem-abrigo e Utilizadores de Drogas Intravenosas.

A população abrangida é maioritariamente do sexo feminino (59%), 52% exerce trabalho sexual, 18% identifica-se como HSH e 10% utiliza drogas injetáveis. Mais de metade da população dos trabalhadores sexuais são migrantes, sendo a nacionalidade predominante a brasileira (80%) com cerca de 60% em situação administrativa irregular.

Contexto/âmbito geográfico: Casas particulares onde existe a prática de Trabalho Sexual, Espaços de diversão noturna de HSH/LGBTQIA+; Bares de alterne/striptease, e contexto de rua 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 B e RRMD. O Projeto desenvolveu 5 atividades que se complementam entre si: 1º Equipas de Prevenção e Rastreio indoor e outreach, com deslocação a apartamentos onde existe Trabalho Sexual, Bares de alterne e locais de consumo de substâncias. São realizadas sessões de rastreios e distribuição de material informativo, preventivo e de redução de danos associados a consumos de drogas, presta apoio emocional adequado às características de cada pessoa e efetua o acompanhamento de Utentes aos cuidados de saúde. Garante ainda a referenciação hospitalar das pessoas com resultados reativos e acompanhamento do doente às consultas de forma promover a ligação e retenção nos cuidados de saúde.

Resultados: 107 pessoas rastreadas para o VHC (desde janeiro 2023), sendo 3 reativos. Foram referenciadas 2 pessoas, 1 não aceitou a referenciação. 7 utentes com acompanhamento às consultas no âmbito do tratamento da Hepatite C e 5 utentes encaminhados para Comunidade Terapêutica com VHC positivo para acesso ao tratamento. Foram distribuídos 39 057 preservativos externos e 3 966 seringas.

O Projeto acompanha 38 pessoas com VHC, 12 utentes concluíram tratamento; 5 utentes recusaram tratamento, 9 abandonaram consultas não concluindo o tratamento, 4 utentes foram para Estabelecimento Prisional, 7 encontram-se em CT e 1 faleceu.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Tempo de espera para consulta no Hospital Santo André de Leiria no agendamento da primeira consulta da especialidade de Gastro Hepatologia, a realização de Fibroscan nem sempre é realizado em Leiria, sendo o Hospital mais próximo em Coimbra. 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 Rastreios à Comunidade tem sido fundamental na deteção da Hepatite C e referenciação hospitalar para o 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. 60% dos utentes que concluíram tratamento, estavam em Comunidade Terapêutica.

Parcerias/apoios: DGS, Grupo Ativistas em Tratamento, Unidade de Cuidados na Comunidade de Marinha Grande, ARS Centro, Ambimed, Câmara Municipal da Marinha Grande, Laboratório Virgílio Roldão.

Contributo para a Eliminação da Hepatite C – microeliminação em Sintra

Autor: AHSeAS – Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social

Área do projeto: Intervenção na Área da Hepatite C

Objetivos: Promover o aumento da Literacia em Hepatite C, junto de populações vulneráveis; promover o conhecimento do estado serológico para o VHC e ligação aos cuidados de pessoas com resultados reativos nos testes rápidos; apoiar na adesão ao tratamento, com vista a que pelo menos 90% das pessoas cumpram o tratamento.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Esta intervenção tem como principal População-Alvo os reclusos do Estabelecimento Prisional de Sintra, jovens estudantes do ensino secundário, população sem-abrigo integrada em Centros de Acolhimento, utilizadores de drogas em acompanhamento na Equipa de Tratamento de Agualva-Cacém e pessoas com diagnóstico de Hepatite C. No rastreio é incluída a população em geral.

Contexto/âmbito geográfico: A intervenção desenvolve-se em Sintra, com ações educacionais no Estabelecimento Prisional de Sintra (EPS), Escolas Secundárias, Centros de Acolhimento de Pessoas Sem Abrigo (CASA) e Associações locais. O Rastreio é realizado na Equipa de Tratamento de Agualva-Cacém (ET), EPS, CASA, Associações Locais, entre outros locais. O apoio no tratamento é efetuado a pessoas referenciadas pelo Hospital Fernando da Fonseca e ET.

Descrição sumária do projeto: A AHSeAS desenvolve ações educacionais, com o objetivo de promover o aumento da literacia em VHC e prevenir a infeção, dirigidas a reclusos, jovens estudantes, pessoas sem-abrigo integradas em centros de acolhimento temporário e utentes de outras Associações locais; o rastreio do VHC, com o objetivo de detetar a infeção, idealmente, o mais precocemente possível, disponibilizando o apoio na referência aos cuidados de saúde; o acompanhamento de pessoas diagnosticadas com VHC ativo, em tratamento, com o objetivo do cumprimento do mesmo.

Resultados: De junho/2021 até 30/6/2023, 675 pessoas participaram em ações educacionais, foram rastreadas 1 785 pessoas para o VHC, das quais, 46 tiveram resultado reativo no teste e 42 aceitaram a referência aos cuidados de saúde. Pelo menos 1 034 pessoas foram rastreadas para o VHC pela primeira vez, 142 não sabiam se já tinham sido testadas. 77 pessoas diagnosticadas com Hepatite C tiveram apoio da AHSeAS na adesão e retenção no tratamento, destas, 2 foram institucionalizadas, 2 faleceram e 1 perdeu-se o contacto. Até final de junho/2023, 68 pessoas concluíram o tratamento e até essa data, 57 tiveram Resposta Viroológica Sustentada às 12 semanas, com diagnóstico de cura. Não está ainda disponível informação dos resultados analíticos de 11 pessoas e 4 ainda não concluíram o tratamento. 4 pessoas tiveram apoio em Toma Observada Direta diária, para as restantes foram organizadas caixas semanais com a medicação, com entrega no domicílio ou nas instalações da Equipa de Tratamento de Agualva-Cacém.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Nas ações de rastreio, pese embora a informação transmitida às pessoas que tiveram resultado reativo nos testes acerca da importância do tratamento, com elevada taxa de cura, 4 pessoas recusaram a referência aos cuidados de saúde.

No apoio às pessoas com diagnóstico de Hepatite C, não foram identificados constrangimentos significativos.

Conclusões: Acreditamos ter contribuído para o aumento da literacia em Hepatite C, em toda a intervenção e em particular, nas sessões educacionais, em que muitos dos participantes demonstraram ter poucos conhecimentos acerca da infeção.

A grande maioria das pessoas com apoio na adesão ao tratamento tinha sido utilizadora de drogas intravenosas, 48 das quais são acompanhadas na Equipa de Tratamento de Agualva-Cacém e neste local, decorreram as consultas descentralizadas de Hepatite C, as restantes, têm coinfeção por VIH, seguidas em infeciologia, fatores facilitadores da intervenção com esta população.

Parcerias/apoios: Com o apoio financeiro da DGS e Indústria Farmacêutica, esta intervenção tem decorrido em parceria com o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Equipa de Tratamento de Agualva-Cacém, Estabelecimento Prisional de Sintra, Câmara Municipal de Sintra e Associações Locais.

Projeto eliminação Hepatite C nos projetos Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) da Associação Ares do Pinhal

Autores: Pereira, C., Caldeira, P., Coutinho, R., Calinas, F., Matos, J., Silva, R., Belo, E., Carvalheiro, R., Morais, D.

Área do projeto: Eliminação da Hepatite C nos projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos da Associação Ares do Pinhal (AdP)

Objetivos: O propósito deste projeto é otimizar procedimentos para rastrear e tratar o maior número possível de utentes com hepatite C, evitando novas infeções e reinfeções.

População alvo/caracterização sociodemográfica: A AdP acompanha diariamente cerca de 1 600 utentes. Nesta população, utilizadora de substâncias psicoativas por via fumada e/ou endovenosa, a prevalência de Hepatite C é muito elevada. Esta população é constituída por consumidores problemáticos de heroína e/ou cocaína (havendo, em muitos casos, consumos de outras substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas), com comportamentos de risco frequentes. Tratando-se de utentes com evidente desorganização pessoal e social, encontram-se dissociados das estruturas formais de apoio. Cerca de 20% encontram-se em situação de sem-abrigo, com reduzida ou ausência total de apoio da rede familiar ou outra.

Contexto/âmbito geográfico: O projeto é desenvolvido na cidade de Lisboa no âmbito dos projetos de RRMD: Serviço de Apoio Integrado (SAI), situado no Bairro Quinta do Loureiro (Freguesia de Campo de Ourique); no Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), nas paragens de Avenida de Ceuta, Lumiar, Praça de Espanha, Bela Vista e Santa Apolónia e no Centro de Alojamento Emergência Municipal (CAEM) Santa Bárbara, em Arroios.

Descrição sumária do projeto: A população abrangida pelos projetos de RRMD da Associação AdP apresenta uma elevada prevalência de doenças infecciosas. Em todas as estruturas, é promovido o rastreio para as infeções por VIH, VHB, VHC e Sífilis. Perante um teste reativo de AcVHC, realiza-se teste de RNA viral. Posteriormente, consoante os resultados dos testes, referenciam-se os utentes, para os serviços sociais e/ou de saúde da rede comunitária, considerados necessários, com o propósito de dar seguimento aos cuidados requeridos. No CAEM Santa Bárbara todos os utentes são testados à entrada. No SAI e PSBLE incentiva-se e reforça-se a importância do rastreio, visando alcançar o máximo número de utentes possível.

Resultados: Para a correta interpretação dos resultados que apresentaremos, importa perceber a especificidade do CAEM Santa Bárbara. Ao contrário da população que utiliza o SAI e o PSBLE (utilizadores de substâncias psicoativas), a população do CAEM é, maioritariamente, constituída por utentes que não são/foram, consumidores de drogas ilícitas.

No total das 3 valências da AdP, no ano de 2022 foram rastreados 858 utentes. Relativamente ao AchCV, o número de testes reativos foi 311 (36%). No teste AgHBs existiram 35 (4%) reativos.

Os resultados do SAI e do PSBLE conjuntamente, totalizam 614 rastreios, sendo que 268 (44%) foram reativos para AchCV e 7 (1%) foram reativos para AgHBs. Os resultados do CAEM Santa Bárbara apontam para 244 rastreios realizados, 43 (18%) eram reativos para AcVHC e 28 (11%) eram reativos para AgHBs.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Nos últimos anos, temos assistido ao aumento paulatino do número de migrantes que recorrem aos serviços da AdP. Estes utentes, oriundos sobretudo da Índia e Nepal, que se caracterizam por serem jovens, vulneráveis a nível laboral e social, apresentam ainda diferenças culturais e barreiras linguísticas, que muito desafiam a intervenção das equipas. O número destes utentes com serologia positiva para VHC e VHB e critério para tratamento, mas sem SNS, tem vindo a aumentar.

Conclusões: Em projetos de RRMD, utilizados por populações tão vulneráveis e com dificuldade em aceder à rede de cuidados de saúde é fundamental o rastreio e o acesso aos tratamentos de hepatites virais. Perante o novo paradigma da migração torna-se crucial adaptar estratégias para uma intervenção mais eficaz e inclusiva. Conseguir o acesso ao SNS para estes utentes é fulcral.

No SAI e no PSBLE, onde todos os utentes são/foram consumidores de drogas por via endovenosa e/ou fumada, a prevalência de AcVHC mantém-se elevada (44%), ao contrário do que acontece relativamente ao AgHBs (1%). Quando a população é mais heterogénea (CAEM Santa Bárbara), os números de AcVHC caem (18%) e os de AgHBs sobem consideravelmente (11%).

Parcerias/apoios: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Gilead, Abbvie, DGS.

REACH_U

Autores: Cristiana Merendeiro, Maria Inês Marinho, Rui Marinho, Américo Nave

Área do projeto: Projeto de outreach de rastreio e tratamento do vírus da hepatite C dirigido a pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas que consomem substâncias psicoativas e pessoas migrantes.

Objetivos: Promover o acesso ao rastreio e tratamento do vírus da hepatite C (VHC) a populações mais vulneráveis em contexto comunitário, através de uma metodologia que envolve trabalho de outreach com pares, a descentralização dos cuidados especializados de saúde e a utilização de incentivos financeiros.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Pessoas em situação de extrema vulnerabilidade na cidade de Lisboa: pessoas que consomem substâncias psicoativas (entre as quais pessoas que consomem por via endovenosa), pessoas em situação de sem abrigo, e pessoas migrantes. Populações que se encontram afastadas dos cuidados de saúde formais, permanecendo não diagnosticadas para o VHC.

Contexto/âmbito geográfico: O projeto abrange toda a cidade de Lisboa, onde a equipa faz um trabalho contínuo de sensibilização no terreno com enfoque no VHC para a redução de riscos e importância do rastreio. Os rastreios são realizados onde as pessoas se encontram, não exigindo que se desloquem a outros locais, como espaços de consumo a céu aberto, prédios abandonados, locais de pernoita de pessoas em situação de sem-abrigo, refeitórios sociais, centros de acolhimento de pessoas refugiadas, etc..

Descrição sumária do projeto: O projeto desenvolve-se em 2 contextos de atuação: (1) na rua onde são realizadas ações de educação para a saúde, testes de anticorpo e RNA e entrega de medicação e, (2) no *point-of-care* (sede da Associação) para recolha de análises, realização de fibroscan, consulta médica e *follow-up*.

A equipa técnica especializada – Enfermeira e Par – desloca-se aos locais onde as pessoas se encontram e desenvolve relações de confiança que são a base para a adesão ao projeto. O projeto disponibiliza incentivos financeiros aos utentes, funcionando como facilitadores na promoção da adesão ao permitirem que a pessoa não sairá prejudicada por interromper o seu circuito de sobrevivência para poder aceder a cuidados de saúde.

Resultados: Ao longo de todo o projeto foram realizados 614 rastreios para o VHC. Destes, 34% (126 de 641) apresentaram teste de anticorpo reativo. Por sua vez, 35% (44 de 126) apresentavam carga viral detetável para o VHC, tendo todas elas aceitado referência para tratamento, no entanto em 7 delas a equipa perdeu contacto. 3 pessoas aguardam tratamento e 21 cumpriram toma terapêutica até ao fim. (10 delas já com follow-up de 12 semanas (SVR12) e com diagnóstico de cura confirmada). 3 pessoas encontram-se a aguardar consulta médica, e 2 pessoas encontram-se com tratamento em curso, a quem a equipa garante a toma diária da medicação.

A maioria dos utentes são homens (76%), de nacionalidade portuguesa (77%). O grupo apresenta uma média de idade de 44 anos. Destes, 66% experienciaram situações de sem-abrigo e 58% referem não estar ligados a nenhuma estrutura de saúde. 26% referem ter injetado substâncias psicoativas pelo menos uma vez na vida, dos quais 56% nos últimos 3 meses, 47% referem já ter partilhado material de consumo. Do total de participantes, 44% referem ter tido relações sexuais desprotegidas no último ano.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: tempo de disponibilização da medicação, que deveria ser célere, idealmente no mesmo dia da prescrição; falta de financiamento para a disponibilização de incentivos financeiros que promovam o envolvimento dos utentes e o apoio de pares informais; deslocação dos utentes para outras zonas para realização de follow-up; falta de respostas sociais de alojamento que permitam que as pessoas façam o tratamento em condições condignas; ausência de garantia de sustentabilidade do projeto a longo prazo.

Conclusões: A descentralização dos cuidados de saúde tem um impacto significativo na aproximação dos serviços à comunidade, resultando no envolvimento e adesão de populações socialmente vulneráveis. A participação ativa de pares formais e informais, promove o envolvimento das pessoas no rastreio e tratamento do VHC, resultando na melhoria da sua qualidade de vida. A compreensão das dificuldades financeiras das populações socialmente vulneráveis que têm de cumprir atividades diárias que garantam a sua subsistência, e a consequente disponibilização de incentivos financeiros, promove a equidade no acesso aos cuidados de saúde. A promoção da qualidade de vida de pessoas em situação social vulnerável passa por atender a necessidades sociais como alimentação e alojamento a par com necessidades de saúde.

Parcerias/apoios: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria/Serviço de Gastroenterologia, Portugal 2020, Câmara Municipal de Lisboa e AbbVie.

VHC Care Continuum na Equipa Técnica Especializada de Tratamento Oeiras/Cascais

Autores: A. Aguiar¹, A. Marques¹, A. Pinto Ferreira¹, M. Guedes Soares², P. Novaes², J. Antunes², SER+; ETET Oeiras/Cascais

Área do Projeto: eliminação da hepatite C na população inscrita na ETET Eixo Oeiras/Cascais

Objetivos: Testar, pelo menos uma vez por ano, a população inscrita na ETET Eixo Oeiras/Cascais a pelo menos a uma das seguintes infeções: VIH, VHB, VHC ou Sífilis, recorrendo à equipa de rastreio da SER+ e à utilização de testes rápidos.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Pessoas inscritas na ETET Eixo Oeiras/Cascais inseridas no programa de metadona (N=214) e em outros programas (N=111), de maio de 2021 a julho 2023. População maioritariamente de nacionalidade portuguesa (N=273) constituída na sua maioria por Homens (N=248), com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, encontrando-se a maioria (N=110) parametrizada entre os 41 e os 50. A média do nível de escolaridade situa-se no ensino básico (N=183) e a maioria encontra-se em situação de desemprego (N=157).

Contexto/âmbito geográfico: Cascais e Oeiras, são 2 municípios subscritores do projeto Fast Track Cities, sendo a ARSLVT Lisboa, através da DICAD e suas unidades desconcentradas - ETET do Eixo Oeiras- Cascais, do CRI Lisboa Ocidental e a SER+, duas das entidades que integram os respetivos consórcios em ambos os municípios, concorrendo para o cumprimento das metas nacionais, no que diz respeito ao VIH e à Hepatite C.

Descrição sumária do projeto: As sessões de rastreio têm sido realizadas nas instalações da ETET por duas técnicas da SER+, recorrendo à utilização dos testes rápidos para as infeções supracitadas de forma gratuita, anónima e confidencial, solicitando-se aos interessados, autorização por escrito para partilhar os resultados obtidos quer através dos testes rápidos quer dos testes moleculares (Xpert HCV Viral Load). O encaminhamento das pessoas inscritas na ETET para a realização de testes é feito pela equipa do serviço, sob orientação da Coordenadora de Enfermagem em articulação com a responsável do serviço. A SER+ garante a referência para as respetivas unidades de saúde monitorizando cada situação de VHC até à cura e de VIH até ao (re)início da toma da medicação, com acompanhamento voluntário à(s) consulta(s) por parte de um mediador comunitário.

Resultados: 325 pessoas aceitaram realizar uma sessão de rastreio onde pelo menos 1 teste de VIH ou VHB ou VHC ou Sífilis foi realizado; VIH - 41/325 reportaram conhecer o estatuto serológico (40/VIH+ e 1/VIH-); 3/40 diagnósticos VIH+ foram religados com sucesso; 0/284 casos reativos de um total de 284 pessoas testadas para o VIH. Para o VHC - 141/325 reportaram conhecer o estatuto serológico (55/VHC+ e 86/VHC-); 46/55 diagnósticos reportados de VHC+ aceitaram a religação, mas 17 não realizaram a 1.ª consulta; 5 destes aceitaram realizar o teste molecular nas instalações da ETET, verificando-se em todos curas espontâneas. Dos 29 que realizaram consulta hospitalar, 17 confirmaram diagnóstico positivo, 5 confirmaram cura espontânea e 7 estão em processo ou abandonaram os cuidados. 14/184 casos reativos para o VHC, sendo que 4 não realizaram a 1.ª consulta; 3 destes aceitaram realizar o teste molecular nas instalações da ETET, verificando-se 1 caso de cura espontânea e 2 diagnósticos positivos. Os 10 que realizaram consulta hospitalar, 5 confirmaram diagnóstico positivo, 2 confirmaram cura espontânea e 3 estão em processo ou abandonaram os cuidados. Para o VHB - 26/325 reportaram conhecer o estatuto serológico (2/VHB+ e 24/VHB-) e 1 referiu estar em tratamento; 1/2 diagnósticos reportados de VHB+ aceitou a religação, mas não realizou a 1.ª consulta; 3/299 casos reativos para o VHB, que realizaram a 1.ª consulta. Para a Sífilis - 14/325 reportaram conhecer o status serológico (1/Sf+ e 13/Sf-) referindo o único caso positivo estar em tratamento; 1/311 casos reativos aceitou tratamento.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Os constrangimentos encontrados reportam à escassez de recursos humanos por parte da ETET. Apesar da vontade, disponibilidade e profissionalismo dos técnicos, os mesmos encontram-se assoberbados de tarefas tornando-se difícil dar resposta a mais desafios, neste caso aos inerentes protocolados com os dois municípios, ou seja, "a) Fazer o rastreio para a infeção VIH e as Hepatites Víricas a todas as pessoas residentes no Concelho

de Cascais e Oeiras, que se inscrevam pela primeira vez nos serviços da DICAD; b) Encaminhar para a consulta hospitalar todas as pessoas com teste positivo; c) Colaborar na administração da terapêutica antirretroviral e antiviral de acordo com a prescrição médica hospitalar e em estreita articulação com a equipa do hospital.

Conclusões: A estratégia criada mostrou ter ganhos em saúde, não só pelo número de pessoas que foram (re)ligadas com sucesso aos cuidados de saúde (3/40 VIH e 47/60 VHC) como pelo número de pessoas que passaram a conhecer o seu estatuto serológico (87.4% VIH e 56.6% VHC). Demonstrou resultados positivos a decisão de disponibilizar a execução dos testes moleculares nas instalações da ETET (ongoing) em pessoas que tinham abandonado o acompanhamento. De um total identificado de 25, 10 tornaram-se inativos durante a realização do estudo e dos 15 restantes mais de metade (8) realizou o teste de diagnóstico passando os mesmos a conhecer o seu estatuto serológico para o VHC.

De referir que do total dos 47 que confirmaram o seu diagnóstico para o VHC, 24 (51%) foram positivos, 13 (27.7%) negativos, estando 10 em processo. Mais de metade da população testada reportou ser a primeira vez que teve acesso aos testes rápidos para qualquer das quatro infeções.

Parcerias/apoios: ETET do Eixo Oeiras- Cascais, do CRI Lisboa Ocidental, Direção-Geral da Saúde

Hepatite C: Juntos na Eliminação

Autores: Vitalina Silva, Rita Pires - AJPAS

Área do projeto: Prevenção e Rastreio da infeção por Vírus da Hepatite C, Referenciação, ligação aos cuidados e Tratamento

Objetivos: Contribuir para a prevenção e controlo da infeção pelo vírus da Hepatite C; promover o diagnóstico e deteção precoce (Rastreios Comunitários); facilitar o acesso aos serviços de saúde e/ou outros serviços; promover a literacia em saúde; promover comportamentos seguros.

População alvo/caracterização sociodemográfica: Dirigido aos grupos vulneráveis dos concelhos de Amadora e Sintra, nomeadamente imigrantes, trabalhadores do sexo (TS), pessoas sem-abrigo, pessoas que vivem com VIH, homens que fazem sexo com homens (HSH), ex-reclusos, consumidores de substâncias psicoativas e outros. Pessoas provenientes de estratos socioeconómicos baixos, situação social precária, desemprego de longa duração, documentação irregular e iliteracia.

Contexto/âmbito geográfico: Projeto em execução nos concelhos de Amadora e Sintra que concentram diversas vulnerabilidades sociais e económicas originando territórios marcados pela pobreza, com condições propícias para a reprodução dos fatores de exclusão. Verifica-se uma tendência crescente no aumento de diagnósticos reativos devido ao aumento substancial do número de rastreios comunitários realizados à população alvo e em locais estratégicos das comunidades bem como um trabalho articulado com todos os parceiros.

Descrição sumária do projeto: Através deste Projeto pretende-se promover um serviço de respostas integradas de intervenção, como a prevenção, o rastreio e o tratamento de forma a serem atingidas todas as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde.

A intervenção é realizada junto de pessoas que vivem com Hepatite C numa relação de proximidade, no seu contexto habitacional, cultural e social, criando respostas às necessidades observadas, sentidas e expressas da população-alvo residente nos concelhos de Amadora e Sintra.

Serviços prestados pela AJPAS: Realização de rastreios comunitários de VIH, Hepatite B e C e Sífilis, através de testes rápidos; acompanhamento a consultas, análises e exames complementares de diagnóstico (de especialidade e/ou outras), promoção da adesão à terapêutica através de TOD, TED e Vídeio TOD, apoio técnico por uma equipa multidisciplinar, sessões de informação e distribuição de materiais informativos

Resultados: De janeiro de 2022 a maio de 2023, foram realizados 3 549 rastreios à Hepatite C (2 100 Amadora e 1 449 Sintra) dos quais 30 reativos (20 Amadora e 10 Sintra); 28% foram diagnosticados através dos rastreios e 72% referenciados pela Equipa de Tratamento da Amadora.

A população alvo é na sua maioria do sexo masculino (76%); com idades compreendidas entre 51-60 anos (48%) e 41-50 (33%); 70% residem no concelho de Amadora e 26% no concelho de Sintra; A referenciação dos casos reativos é efetuada para o Centro Hospitalar de Lisboa Norte (82%) e Hospital Fernando de Fonseca (18%); 64% beneficiaram de TOD, 4% Vídeio TOD e 32% de entrega semanal no domicílio; 42% finalizaram tratamento e ficaram curados, 32% desapareceram e 11% não tinham critério para tratamento.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Testemunhamos as suas necessidades, dificuldades, hábitos/costumes e elevada iliteracia em saúde. As necessidades socioeconómicas sobrepõem-se aos cuidados de saúde e as crenças imperam em detrimento do conhecimento científico.

É fundamental a promoção de comportamentos preventivos, redução de riscos, adesão ao rastreio e ligação aos cuidados de saúde para garantir o acesso atempado ao tratamento.

Conclusões: A infeção pelo VHC continua a ser um sério problema de saúde pública e a AJPAS tem pautado a sua atuação no sentido do conhecimento da sua epidemiologia, através de esforços bem coordenados de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, vigilância e cuidados de reabilitação numa visão sistémica e inovadora a partir de um trabalho conjunto e articulado com todos os parceiros.

A resposta às hepatites exige um enquadramento multissetorial e multidisciplinar e deve ser promovida a partilha de responsabilidades com todas as áreas governativas e a sociedade civil

Parcerias/apoios: Direção Geral de Saúde; ARSLVT, I.P. (ACES Amadora e Sintra, DICAD - Equipas Técnicas Especializadas de Amadora e Sintra), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Hospital de Santa Maria, Hospital Pulido Valente, Câmara Municipal de Amadora, Câmara Municipal de Sintra, Escola Profissional Gustave Eiffel, Santa Casa da Misericórdia da Amadora, Rotary – Distrito 1960 – Sub-comissão Hepatite Zero Portugal

Programa de microeliminação de hepatite C para pessoas que consomem ou consumiram drogas

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

Área do projeto: 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: 1. Sessões educativas sobre consumo mais seguro de drogas (orientadas por pares ou enfermeiros); 2. Testes rápidos integrados para o VIH, VHB, VHC e sífilis, com aconselhamento; 3. Testes de reflexo PCR no local de atendimento para o VIH e o VHC; 4. Ligação (e retenção) a serviços de cuidados de saúde com navegação entre pares; 5. Consulta descentralizada do CHULC para o tratamento da hepatite C; 6. Consultas de enfermagem e consultas médicas sem marcação prévia; 7. Distribuição de material para consumos e praticas sexuais mais seguras

Resultados: Entre o início do projeto em 2020 até 30 de junho de 2023, no que diz respeito ao rastreio rápido de VHC, foram realizados 4 110 testes e detetados 128 resultados positivos. No mesmo período, 130 pessoas foram à consulta descentralizada do CHULC para o tratamento da hepatite C perfazendo um total de 450 consultas efetuadas. Do total de pessoas referenciadas para a consulta, 66 iniciaram tratamento, 58 terminaram o tratamento e destas 36 já 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 trazem 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, Junta de Freguesia de Santa Maria Maior, Câmara Municipal de Lisboa; Abbvie

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: Rastreio integrado de base comunitária (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 Desenvolvimento – 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: 1. Informação sobre as infeções VIH, hepatite B (VHB), hepatite C (VHC) e sífilis e benefícios do rastreio atempado e regular; 2. Testes rápidos para o VIH, VHB, VHC, sífilis com aconselhamento ajustado às necessidades específicas de cada um dos grupos chave; 3. Referenciação e acompanhamento à primeira consulta médica da especialidade para todas as pessoas com resultados reativos; 4. Integração do Programa de Ensaios de Qualidade Externa nas suas atividades de rastreio; 5. Fornecer informação ajustada às necessidades dos grupos chave sobre redução de riscos e manutenção da seronegatividade ou intransmissibilidade no futuro.

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 (MH, VHB, VHC e sífilis) com limitações e assegura o pagamento de Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (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 2015, 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 Monitorização da 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 (2022)

Programa “Saúde + Perto”

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

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

Objetivos: Promover o acesso à prevenção, a realização do rastreio e a adequada referenciação, das populações-chave. Pretende-se, ainda, contribuir para a promoção de literacia em saúde, distribuindo materiais informativos e preventivos, o diagnóstico, o tratamento, a adesão terapêutica e monitorização.

População alvo/caracterização sociodemográfica: De 1/1/2015 a 31/12/2022 rastrearam-se 8 591 pessoas ao VHC: 3,9% Pessoas Sem-Abrigo (PSA), 11,1% Utilizadores de Substâncias Psicoativas (USP), 40,5% Imigrantes (IMI), 9,2% Homens que têm Sexo com Homens (HSH), 2,6% Trabalhadores do Sexo (TS) e 32,8% População-Geral. A maioria são homens (55%), portugueses e solteiros, a viver em Lisboa, com ensino secundário e empregados, com uma mediana de idades de 39 anos.

Contexto/âmbito geográfico: Sendo esta infeção assintomática, em que os sintomas surgem em estado avançado da doença, a LPCS tem procurado contribuir através da testagem, quer para o diagnóstico precoce, quer para a (re)ligação ao SNS, para a eliminação do VHC. Esta Unidade Móvel de Rastreios (UMR) percorre os concelhos de Lisboa, Loures e Odivelas, procurando zonas geográficas frequentadas por estas populações.

Descrição sumária do projeto: Através de uma equipa técnica constituída por 1 coordenadora, 1 motorista/mediador, 1 técnico de análises, 1 psicóloga e 1 médica especialista em IST, promove-se,

com recurso a uma Unidade Móvel, a realização de sessões de rastreio ao VHC e outras IST, junto das populações-chave, como os UDP e as PSA, em contexto de outreach e indoor, promovendo a adesão à terapêutica, a literacia em saúde e a monitorização destes utentes.

Resultados: Das 8 591 sessões de rastreio ao VHC, 496 (5,8%) tiveram um resultado reativo, tendo-se disponibilizado referência para o SNS à totalidade das pessoas com este resultado com o objetivo de confirmar a infeção e dar início ao tratamento. Foram referenciados 85% dos utentes com resultados reativos (perdeu-se contacto com 7,8% destes utentes), sendo que 87,2% estiveram presentes na primeira consulta e, destas, 90,5% confirmaram o diagnóstico, sendo que 7,9% tinha o anticorpo em detrimento do vírus. Das 334 pessoas que confirmaram a infeção, 93,7% iniciou o tratamento, mas 9,3% acabou por abandonar a terapêutica. Das 221 pessoas que já concluíram o tratamento, 161 encontram-se curadas. É importante referir que, desde que o SNS tornou a notificação anónima de contactos e o rastreio de contacto como objetivos, disponibilizou-se a notificação a todas as pessoas com resultados reativos, sendo que um terço das pessoas que realizaram rastreio de contacto teve um resultado reativo.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: A volatilidade e idiosincrasias associadas a determinadas populações-chave promove a perda frequente de contacto, impossibilitando a monitorização. A dificuldade de adesão terapêutica, devido a fatores socioeconómicos e/ou associados a consumos de substâncias psicoativas, conduz a uma taxa significativa de abandono.

Conclusões: Indo ao encontro das metas propostas pela OMS, conclui-se que a UMR apoiou no diagnóstico de 90,5% da confirmação de novos casos de VHC, no universo da população abrangida. 1 em cada 15 pessoas testadas apresentou resultado reativo ao VHC, num rácio de 3 homens por 1 mulher. As populações-chave apresentaram 85,7% dos resultados reativos (38,8% USP e 21,5% PSA). Nas várias etapas da monitorização sentiu-se impossibilidade ou dificuldade de contacto para obtenção das informações necessárias para os reports, principalmente com as populações USP e SA onde as suas próprias condições sociais promovem esta situação.

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

Projeto de eliminação de VHC na ETET de Santarém

Autores: Fausto Roxo (1); Nildelema Malaba (1); João Cunha (1); Maria Saudade Ivo (1); Manuela Graça (2); Alexandra Gafaniz (2), Unidade de Doenças Infecciosas do Hospital de Santarém; 2. Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Santarém

Área do projeto: Microeliminação / Eliminação de VHC na ETET de Santarém

Objetivos: O projeto tem como principal objetivo a eliminação do vírus da Hepatite C (VHC) entre os utentes da ETET de Santarém. O atingimento deste objetivo levará a uma significativa redução da transmissão do VHC na comunidade; Levará, na população submetida à terapêutica, a uma redução da progressão para Cirrose Hepática ou Carcinoma Hepatocelular.

População alvo/caracterização sociodemográfica: A população alvo é constituída pelos utentes da ETET de Santarém em que é detetada laboratorialmente atividade replicativa do Vírus da Hepatite C. Esta população é constituída, na sua esmagadora maioria, por antigos, ou atuais, utilizadores de drogas

endovenosas. Coexistem outras adições, com o álcool a desempenhar um papel significativo enquanto fator de risco acrescido. Também existe um número significativo de doentes com coinfeção por VIH.

Contexto/âmbito geográfico: O Hospital de Santarém situa-se na cidade de Santarém. A sua Unidade de Doenças Infeciosas, a que pertencem os quatro primeiros autores, segue doentes com Hepatites Virais Crónicas, quer como mono infeção, quer associadas à Infeção por VIH. Associa-se neste projeto a ETET de Santarém, a que pertencem os dois últimos autores, onde são seguidos doentes com comportamentos aditivos de várias ordens.

Descrição sumária do projeto: A eliminação da infeção por VHC requer estratégias inovadoras. Existindo uma terapêutica curativa em quase 100% dos doentes, a estratégia passa por identificar os doentes ainda não tratados onde eles se encontram. Neste sentido, a Unidade de Doenças Infeciosas do Hospital de Santarém estabeleceu uma parceria com a ETET de Santarém para rastreio de todos os doentes em seguimento nessa ETET, tratando todos aqueles com infeção ativa. Nenhum doente necessitou de se deslocar ao hospital. Os elementos da Unidade Hospitalar deslocaram-se periodicamente à ETET, fazendo aí consultas, colheitas de sangue e elastografias hepáticas. A todos os doentes com virémias VHC detetadas foi oferecida terapêutica.

Resultados: 250 doentes com ac-VHC positivo dos quais, 64 (25,6%) com RNA VHC detetado; 54 doentes já com a terapêutica finalizada, dos quais 31 com RVS e 23 sem avaliação de RVS.

1 doente faleceu sem tratamento; 1 doente foi transferido para outro Hospital; 3 recusaram o tratamento e 5 aguardam início de tratamento.

Barreiras encontradas/constrangimentos identificados: Estando disponível a terapêutica com Antiviricos de Ação Direta (DAA) desde 2015, seria já expectável que a população infetada ainda sem tratamento apresentasse uma má adesão aos cuidados de saúde. Tal veio a confirmar-se no terreno. Faltas a consultas, ideias preconcebidas sobre “malefícios” da terapêutica, consumos ativos, alcoolismo, péssimas situações socioeconómicas, foram as principais barreiras e constrangimentos encontrados neste processo.

Conclusões: Este projeto, ainda em curso, confirma para já a necessidade de as estruturas hospitalares se abrirem ao exterior e procurarem formas mais efetivas de alcançar as chamadas populações difíceis. Foi possível tratar e alcançar cura virológica em doentes que de outra forma provavelmente nunca seriam tratados. Pensamos que a erradicação da Hepatite C até 2030, segundo o objetivo da OMS, será alcançável se todos os agentes que lidam com esta patologia se unirem e chegarem a toda a população ainda infetada. A chave da eliminação, numa época de tratamentos altamente eficazes, passará por conseguir que esses fármacos cheguem a todos os doentes.

Parcerias/apoios: Conselho de Administração do Hospital de Santarém, Direção da ETET de Santarém

Hep-ØN - Micro-eliminação das Hepatites Virais no Oeste Norte

Autores: Patrícia Pita Ferreira – Médica Interna de Formação Especializada em Saúde Pública

Área do projeto: Micro-eliminação das Hepatites Virais no Oeste Norte

Objetivos: Contribuir para a diminuição de novos casos de hepatites virais (B e C) e para a redução da mortalidade atribuível a estas infeções nos utentes do ACES-ON, através da realização de rastreios, pelo menos uma vez na vida, melhorar a rede de referência com os cuidados hospitalares, o tratamento e apoio social, capacitar os profissionais e a população geral sobre prevenção, diagnóstico e tratamento

População alvo/caracterização sociodemográfica: População residente na área de influência do ACES ON, designadamente pessoas que utilizam drogas; Dadores de sangue; Dadores de órgãos; Hemodiálise e diálise peritoneal; População em situação de reclusão; Homens que têm Sexo com Homens; Trabalhadores do sexo e seus clientes, População sem abrigo e Populações Migrantes (caracterizada por uma população oriunda do Brasil, da Europa do Leste e da Ásia, em situação irregular resultando em situações de vulnerabilidade socioeconómica).

Contexto/âmbito geográfico: O projeto será implementado numa primeira fase como um projeto-piloto no concelho de Peniche, sendo avaliado faseadamente o escalonamento do projeto para os restantes concelhos que constituem o ACES-ON. Região piscatória com elevada taxa de migrantes, e de pessoas com consumos de substâncias ilícitas, envelhecida e empobrecida relativamente ao resto do país.

Descrição sumária do projeto: De acordo com as metas definidas pela OMS, o projeto prevê aumentar em 33% o rastreio ao VHB e VHC na área de influência do ACES ON até 2030, integrando o rastreio sistemático nos procedimentos do ACES ON até 2024, encaminhar e acompanhar 50% dos utentes com rastreio positivo, iniciar o tratamento a 75% dos doentes até 2030. Pretende formar os profissionais de saúde do ACES ON relativamente ao tema “Hepatites Virais” na sua dimensão global, com 3 sessões de formação anualmente e criar até ao final de 2023 a consulta descentralizada de hepatites virais no ACES ON.

Parcerias/apoios: A gestão do Projeto “Hep-ON – Micro-eliminação das Hepatites Virais no Oeste Norte” é da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho (ZP) do ACES Oeste Norte.

Parcerias: UCSP de Peniche; USF Marés; USF da Tornada; USF Rainha D. Leonor; USF Bordalo Pinheiro; Hospital das Caldas da Rainha (Centro Hospitalar do Oeste - CHO); Acompanha (Cooperativa de Solidariedade Social); Abbvie



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 | pnhepatites@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt