PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

RELATÓRIO

2022

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde
Programa Nacional para as Hepatites Virais

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

RELATÓRIO

2022

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

RELATÓRIO DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS 2022.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022

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

EDIÇÃO
Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 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; Catarina Vieira; Conceição Outeirinho; Cristina Valente; Joana Bettencourt; Joana Nunes; João Madaleno; Rui Gaspar; Rui Tato Marinho; Sofia Ribeiro; Vítor Magno Pereira.

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE
João Vieira Martins; Margarida Cosme; Maria Isabel Alves; Maria João Albuquerque; Pedro Pinto Leite.

CENTRO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA
Inês Mateus da Cunha; Paula Vasconcelos.

TASKFORCE - Hepatite Aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica
Benvinda Estela dos Santos; Diana Mendes; Dina Oliveira; Fernanda Rodrigues; Inês Azevedo; Isabel Gonçalves; Joana Bettencourt; João Vieira Martins; Maria João Albuquerque; Paula Vasconcelos; Pedro Pinto Leite; Rita de Sousa; Rui Tato Marinho; Teresa Varela.

Lisboa, julho 2022

AGRADECIMENTOS

Adelaide Gomes, Adriana Curado, Ana Galvão, Ana Meireles, Ana Rita Castanheira, Ana Sofia Cunha, Ana Turégano Honório, António Henrique Machado Capelas, António Ludgero Vasconcelos, António Ferreira, Catarina Rosas, Carlos Andrade Costa, Cláudia Furtado, Cláudia Pereira, Eduardo Melo, Elsa Belo, Eugénia Madureira, Fausto Roxo, Fernando Araújo, Francisco Chalaça, Graça Freitas, Graça Vilar, Helena Farinha, Joaquim Daniel Lopes Ferro, José Barros, Isabel Neves, Marco Ferreira, Margarida França, Maria Antónia Escoval, Maria Conceição Margalha, Maria Isabel Alves, Leonor Perdigão, Licínio Oliveira de Carvalho, Luís Mendão, Maria Mafalda Castro, Pedro Palha, Pedro Lopes, Ricardo Mestre, Rita Perez, Rómulo Mateus, Rui Portugal, Teresa Fernandes, Vanessa Faria, Vanessa Pereira de Gouveia, Vera Escoto.

Índice

Siglas e Acrónimos 10

Sumário | *Summary* 11

Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde 13

Considerações Prévias 15

I. Vigilância Epidemiológica 17

1. Enquadramento 18
1.1. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica 22
1.2. Dados de Prevalência e Incidência de Hepatite B e Hepatite C 24
1.2.1. Pessoas que utilizam drogas 24
1.2.2. Dadores de sangue 25
1.2.3. Dadores de órgãos 26
1.2.4. Hemodiálise e diálise peritoneal 27
1.2.5. Na população em situação de reclusão 28
1.3. Surto de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica 28
1.3.1. Epidemiologia descritiva da situação atual em Portugal 29
1.4. Etiologia da cirrose e do cancro do fígado 33
1.5. Internamentos 34
1.6. Mortalidade 35
1.7. Portugal no contexto Europeu e internacional 37

II. Atividades realizadas 40

1. Prevenção 41

2. Diagnóstico 43
2.1. Testes de VHB e VHC prescritos 43
2.1.1. Nos Cuidados de Saúde Primários 43
2.1.2. Nos Hospitais 44
2.2. Testes rápidos de VHB e VHC em Organizações não-governamentais e Organizações de base comunitária 44
2.3. Testes rápidos de VHB e VHC em farmácias comunitárias 47
2.4. Testes rápidos de VHB e VHC realizados em Programas de Consumo Vigiado 48
2.4.1. Sala de Apoio Integrado em Lisboa – Programa de Consumo Vigiado 48
2.4.2. Programa Móvel de Consumo Vigiado em Lisboa 48

3. Tratamento 49
3.1. Tratamento da Hepatite C 49
3.1.1. Portal do Tratamento da Hepatite C 49
3.3. Tratamento da Hepatite C em contexto Prisional 52

4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado 53
4.1. Formação 53
4.2. Semana Europeia do Teste 54
4.3. Dia Mundial das Hepatites 55
4.4. Site 56
5. Participações Nacionais e Internacionais 57

III. Orientações Programáticas 2022 - 2024 60

1. Enquadramento 61

2. Visão 62

3. Missão 62

4. Estratégias 62

5. Metas de Saúde a 2024 65

6. Implementação 66

7. Monitorização 66

Referências Bibliográficas 68

Índice de Tabelas

Tabela 1. **Nº de recetores com marcadores serológicos AgHBs+ ou acHCV+, aos quais se efetuou transplante hepático entre 2017 e 2021** 27

Tabela 2. **Percentagem da etiologia viral B e C na cirrose hepática e no carcinoma hepatocelular em Portugal, na Noruega e na Bulgária** 33

Tabela 3. **Número e tendência de internamentos por álcool, VHB e VHC 2010-2017** 35

Tabela 4. **Mortalidade por Doença Hepática e Vias Biliares 2017 - 2020** 36

Tabela 5. **Estatuto serológico positivo auto-reportado (N=175; todos os utentes inscritos até 31 de dezembro 2021)** 49

Índice de Figuras

Figura 1. **Objetivos da OMS para 2030, de redução de novos casos e de mortes por hepatites virais crónicas B e C** 18

Figura 2. **Ciclo do Fígado. Evolução esquemática de algumas doenças do fígado** 22

Figura 3. **N.º de casos confirmados de hepatite A em Portugal, por ano e por sexo (2015 – 2020)** 23

Figura 4. **Prevalência (%) de VHC+ nos utentes em tratamento (Rede Pública + Ambulatório)** 24

Figura 5. **Prevalência (%) de anti-VHC+ nos utentes em Unidades de Desabituação e Comunidades Terapêuticas no ano. Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental** 25

Figura 6. **Prevalência (%) de VHC+ nos utentes em Comunidades Terapêuticas no ano. Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental** 25

Figura 7. **Evolução da notificação de casos VHB+ e VHC+ em Dadores de sangue 2017 – 2021** 26

Figura 8. **Evolução da notificação de casos VHB+, VHC+ e VIH+ em Dadores de sangue 2012 – 2020** 26

Figura 9. **Prevalência da Hepatite C na Hemodiálise 2016-2020** 27

Figura 10. **Prevalência dos marcadores Hbs Ag+, HCV Ab+ e HIV Ab+ em hemodiálise em 31-12-2020** 28

Figura 11. **Curva epidémica dos casos prováveis de hepatite de etiologia desconhecida em idade pediátrica notificados em Portugal** 30

Figura 12. **Valor mais elevado das aminotransaminases (UI/L)** 31

Figura 13. **Apresentação clínica à data da suspeita diagnóstica** 31

Figura 14. **Número de resultados positivos e negativos, por agente** 32

Figura 15. **Internamentos por cirrose hepática 2010-2017** 34

Figura 16. **Mortalidade por tumor maligno do fígado e das vias biliares 2002 - 2019** 35

Figura 17. **Plano Nacional de Saúde, 2021-2030. Causas de morte precoce, antes dos 75 anos, em Portugal** 37

Figura 18. **Existência de Plano ou Estratégia Nacional que abrange uma resposta às hepatites virais e financiamento para implementação do Pano/Estratégia na UE/EEE em 2020** 38

Figura 19. **Existência de orientações nacionais de testagem para VHB e VHC na UE/EEE em 2021** 38

Figura 20. **Existência de restrições no acesso ao tratamento de VHB e VHC na UE/EEE em 2020** 38

Figura 21. **Número de pessoas testadas para a Hepatite C (anti-VHC) em Portugal e na Roménia em 2018 e 2020** 39

Figura 22. **Programa Nacional de Vacinação - Esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte, agente patogénico e dose. Avaliação 2021, no Continente** 41

Figura 23. **Número total de seringas distribuídas em Portugal desde a implementação do Programa Troca de Seringas "DIz não a uma Seringa em Segunda Mão"** 42

Figura 24. **Número de preservativos masculinos e femininos distribuídos, 2014 - 2021** 42

Figura 25. **Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários** 43

Figura 26. **Número de testes de anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários** 43

Figura 27. **Número de testes de AgHBs prescritos em contexto hospitalar** 44

Figura 28. **Número de testes de anti-VHC prescritos em contexto hospitalar** 44

Figura 29. **Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos** 45

Figura 30. **Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos** 45

Figura 31. **Evolução dos rastreios e resultados reativos por tipo de infeção, 2015 – 2021** 46

Figura 32. **Número de testes rápidos AgHBs e anti-VHC realizados em farmácias comunitárias do concelho de Cascais** 47

Figura 33. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015 - 2021** 50

Figura 34. **Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015 - 2021** 50

Figura 35. **Número de tratamentos de hepatite C iniciados por ano, 2015 - 2021** 51

Figura 36. **Percentagem do grau de fibrose F3 e F4 à data de início do tratamento da hepatite C, por ano, 2015 - 2021** 51

Figura 37. **Infografias Campanha Semana Europeia do Teste, Outono de 2021** 55

Figura 38. **Infografias Dia Mundial das Hepatites 2021** 55

Figura 39. **Homepage do microsite PNHV** 56

Figura 40. **Cimeira Mundial das Hepatites 2024** 59

Siglas e Acrónimos

AAD	Antivirais de Ação Direta
anti-VHC	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AgHBs	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B
ALT	Alanina Aminotransferase
ANF	Associação Nacional das Farmácias
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
ARN VHC	Ácido Ribonucleico do Vírus da hepatite C
ARS	Administração Regional de Saúde
ASCAAT	*Asociación Catalana de Malalts d'Hepatitis*
AST	Aspartato Aminotransferase
CDC	*Centers for Disease prevention and Control*
CESP	Centro de Emergências em Saúde Pública
COVID-19	Doença do coronavírus
CHC	Carcinoma hepatocelular
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DGS	Direção-Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
EASL	*European Association for the Study of the Liver*
EATG	*European AIDS Treatment Group*
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ELPA	*European Liver Patients' Association*
EMA	Agência Europeia do Medicamento
EMCDDA	*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*
FDA	*Food and Drug Administration*
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamento
HSH	Homens que têm Sexo com Homens
HWB	*Health Without Barriers*
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INHSU	International Network Hepatitis Substance Users
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI	(lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo)
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-Governamental
PNHV	Programa Nacional para as Hepatites Virais
PTS	Programa Troca de Seringas
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
TFGH	*Hepatitis B and C Public Policy Association*
UE/EEE	União Europeia / Espaço Económico Europeu
UEG	*United European Gastroenterology*
VHA	Vírus da hepatite A
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VHD	Vírus da hepatite D
VHE	Vírus da hepatite E
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VHPB	*Viral Hepatitis Prevention Board*
WHA	*World Hepatitis Alliance*

Sumário

O que é este documento?
Trata-se do Relatório do ano de 2022 do Programa Nacional para as Hepatites Virais, um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde.

O que consta do documento?
O documento procura caracterizar a atual situação das hepatites virais em Portugal.
Descreve as características, clínicas e sociais, sintetizando as principais atividades de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento desenvolvidos nos últimos 5 anos (2017 – 2021); e traça o Plano de Ação para 3 anos (2022 – 2024) identificando as prioridades de intervenção e as metas a alcançar, enquadradas nos objetivos da Organização Mundial da Saúde. (Figura 1).

Quais são as principais conclusões?

- Portugal é um exemplo internacional de boas práticas em muitos dos temas relacionados com o diagnóstico, prevenção e tratamento das hepatites virais;
- A importância de aumentar o número de testes, de propor a realização do teste da hepatite B e C pelo menos uma vez na vida e a inclusão da análise ALT na avaliação global de saúde.
- Necessidade de preparação para futuros focos epidémicos, a exemplo da hepatite C e A e da hepatite aguda grave de etiologia desconhecida em idade pediátrica;
- Existem dados epidemiológicos de Portugal, obtidos a partir de múltiplas fontes, institucionais e não só, que permitem caracterizar as várias vertentes das hepatites virais;
- Existem alguns aspetos a melhorar designadamente na recolha de alguns dados epidemiológicos, na equidade e no acesso aos testes e ao tratamento curativo;
- 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);

Summary

What is this document?
This is the 2022 Report of the National Programme for Viral Hepatitis, one of the Priority Health Programmes of the Directorate-General of Health.

What's on the document?
The document aims to characterize the current situation of viral hepatitis in Portugal.
It describes the clinical and social characteristics, synthesizing the main activities of epidemiological surveillance, prevention, diagnosis, and treatment developed in the last 5 years (2017 - 2021); further, it outlines the Action Plan for the next 3 years (2022 - 2024), identifying the priority interventions and the goals to be achieved, aligned with the World Health Organization goals.

What are the main conclusions?

- Portugal is an international example of good practice on many of the topics related to the viral hepatitis prevention, diagnosis and treatment;
- The importance of increasing the number of tests, for hepatitis B and C at least once in a lifetime, and including ALT analysis in the overall health assessment;
- Need to prepare for future epidemic outbreaks, such as hepatitis C and A and acute hepatitis of unknown etiology among children;
- There is epidemiological data in Portugal, obtained from multiple sources, institutional and not only, that allows the characterization of the various aspects of viral hepatitis;
- There are some aspects to be improved, in particular in some epidemiological data and in promoting equity and access to testing and curative treatment;
- Liver disease as a whole, including the comorbidities of excessive alcohol consumption and fatty liver, is one of the most important causes of early mortality in Portugal;

- Salienta-se o alinhamento e a colaboração de várias instituições para cumprir os objetivos definidos pela OMS.

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 associada 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 à mortalidade precoce, agravadas por estilos de vida menos saudáveis;
- Formar os profissionais de saúde em relação ao tema "hepatites virais" na sua dimensão global, nomeadamente a redução do risco de evolução para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular;
- Integrar o rastreio sistemático da infeção por VHB e VHC nas políticas gerais de saúde;
- Aumentar a prevenção e a deteção precoce da infeção por VHB e VHC na grávida bem como o encaminhamento médico e social adequado ao diagnóstico no caso de positividade;
- Aumentar a identificação e diagnóstico dos doentes com cirrose hepática e promover o rastreio do carcinoma hepatocelular com ecografia abdominal;
- Melhorar o conhecimento sobre o tratamento da hepatite B em Portugal;
- Promover o acesso ao tratamento com antivíricos da hepatite B e C crónicas;
- Promover e facilitar o acesso precoce e atempado aos melhores cuidados de saúde, em todos os doentes com cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.

- The alignment and collaboration of various institutions to meet the goals established by the WHO is emphasized.

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 of the integrated response of viral hepatitis in Portugal.
- Improve the literacy of the population in relation to "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.
- Integrate systematic screening of HBV and HCV infections into general health policies.
- Increase the prevention and early detection of HBV and HCV infections in pregnant women, as well as the appropriate medical and social referral for diagnosis in case of positivity.
- Increase the identification and diagnosis of patients with liver cirrhosis and promote screening for hepatocellular carcinoma with abdominal ultrasonography.
- Improve the awareness and knowledge about the treatment of hepatitis B in Portugal.
- Promote access to chronic hepatitis B and C treatment with antivirals.
- Promote and facilitate early and timely access to the best health care for all patients with liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma.

Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

As hepatites virais são classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública para cuja mitigação estão estabelecidas metas ambiciosas até 2030.

Portugal tem vindo a implementar e a manter com sucesso várias estratégias de prevenção e controlo das hepatites virais. A criação do Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) em 2016 constitui uma mais-valia para atingir as metas da OMS.

O facto de Portugal ter uma infraestrutura de saúde robusta, baseada no Serviço Nacional de Saúde, facilita a implementação de boas práticas com impacte positivo na saúde pública, realçando-se:

- A vacinação universal dos recém-nascidos contra a hepatite B, desde 2000, com elevadas coberturas vacinais e impacto na redução da incidência da infeção por vírus da Hepatite B e na doença grave do fígado, nomeadamente no carcinoma hepatocelular;
- O acesso gratuito ao tratamento da hepatite B e da hepatite C desde 1988, e a partir de 2015, o tratamento da hepatite C, com recurso a antivirais de ação direta, que permite a cura de mais de 95% dos doentes;
- A adoção de políticas de redução de riscos como a troca de seringas, desde 1993, e a substituição de opióides, desde 2000, bem como a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga de 1999 e a descriminalização do consumo de drogas em 2001;
- A criação de Unidades e Consultas de Hepatologia em 1989, a segurança transfusional, o início do transplante hepático em 1992 e o tratamento do carcinoma hepatocelular em 2008;
- A excelência das organizações não-governamentais e de base comunitária;
- A aposta na microeliminação das infeções nas unidades de diálise em 2016 e nas prisões em 2018.

Mesmo durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde e de outros setores como a social, a justiça e as organizações não-governamentais e de base comunitária mantiveram o investimento nas respostas a estas infeções, com destaque para:

- A manutenção da atividade de rastreio das infeções em populações chave e em situações de maior vulnerabilidade;
- A continuidade do tratamento da hepatite B e da hepatite C de forma gratuita e em contextos específicos;
- A continuidade dos programas de prevenção e de redução de riscos e de minimização de danos.

Portugal está igualmente preparado para responder a emergências em saúde. Exemplo disso é a resposta, precoce e efetiva, ao surto de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica.

A resposta a esta emergência é assegurada por uma *taskforce* liderada pela Autoridade de Saúde Nacional, através do Centro de Emergência em Saúde Pública (CESP) da DGS e incluindo o Programa Nacional para as Hepatites Virais, a Sociedade Portuguesa de Pediatria e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Persistem, contudo, desafios importantes, que estão plasmados nas Orientações Estratégicas para três anos, com ênfase na prevenção e na deteção precoce, na melhoria do acesso aos medicamentos, em colaboração com o INFARMED, e na melhoria da vigilância epidemiológica das hepatites virais.

O Programa Nacional para as Hepatites Virais constitui um instrumento fundamental para cumprir as linhas estratégicas e está dotado de autonomia técnica e científica, contando com uma equipa dedicada e recursos financeiros próprios.

O país está fortemente empenhado na prossecução das metas definidas pela OMS para a área das hepatites, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da população.

Julho de 2022

Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde

Considerações Prévias

A Diretora-Geral da Saúde, através do Despacho 9251/2021 de 17 de setembro, nomeou, obtida a concordância do membro do Governo responsável pela área da Saúde, o Prof. Doutor Rui Tato Marinho, Médico Gastrenterologista e Hepatologista, como Diretor do Programa Prioritário para a área das hepatites Virais, a quem cabe:

a. Definir e implementar a estratégia de prevenção, rastreio e controlo das hepatites virais de acordo com os objetivos da Organização Mundial da Saúde, i.e., reduzir a incidência da hepatite B e C em 90% e a mortalidade associada em 65% até 2030;

b. Promover e dinamizar de forma sistemática a colheita de dados e a sua avaliação e assegurar a participação ativa na monitorização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, no que se refere às várias hepatites virais;

c. Dinamizar a articulação integrada entre os diferentes setores, incluindo a sociedade civil e as associações de doentes, promovendo o estabelecimento de parcerias efetivas, nacionais e internacionais, potenciando sinergias na resposta às hepatites virais;

d. Promover e dinamizar a colaboração com outros programas prioritários da Direção-Geral da Saúde, designadamente os da Promoção da Atividade Física, Promoção da Alimentação Saudável, Doenças Oncológicas, Diabetes, Infeções Sexualmente Transmissíveis e da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e Saúde Mental e com o Programa Nacional da Vacinação;

e. Impulsionar e apoiar iniciativas estratégicas e projetos que visem boas práticas na abordagem da hepatite C de acordo com diferentes contextos, adições, estabelecimentos prisionais, entre outros numa visão de microeliminação;

f. Coordenar a elaboração das orientações clínicas e terapêuticas na respetiva área de especialidade;

g. Promover a equidade e facilitar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, no tratamento e na vigilância pós-tratamento das hepatites virais;

h. Investir em comunicação promovendo a literacia para a população em geral e profissionais de saúde nas doenças do fígado (Saúde Hepática, Saúde de um ponto de vista global, com visão holística), na sua dimensão global de doença infeciosa, hepática, oncológica, consumo de álcool, excesso de peso (fígado gordo) e a sua forte relação com estilos de vida saudáveis.

Embora criado em 2016, a Direção do Programa passou em 2021 a estar separada da Direção do Programa de Saúde Prioritário para a área da Infeção pelo VIH, permitindo assim um maior enfoque na resposta específica às hepatites virais, pela sua dimensão enquanto problema de saúde pública.

O modelo de governação da estrutura orgânica da Direção-Geral da Saúde determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de 11 Programas de Saúde Prioritários, agrupados em 2 Plataformas, encontrando-se o Programas Nacional para Hepatites Virais incluído na Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Transmissíveis que integra adicionalmente as áreas das Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH, da Tuberculose e da Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

A abordagem das hepatites virais, na sua dimensão global, implicou o reforço da Equipa Técnica do Programa, incluindo a nomeação de Coadjuvantes do Diretor, de diversas especialidades (Gastrenterologia, Hepatologia, Infeciologia, Medicina Interna, Saúde Pública, Medicina Geral e Familiar, Farmácia) e com representatividade geográfica e de paridade de género:

Catarina Vieira, Gastrenterologista, Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Cristina Valente, Infeciologista, Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Joana Nunes, Gastrenterologista e Hepatologista, Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

João Madaleno, Internista, Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Rui Gaspar, Gastrenterologista, Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto.

Vítor Magno Pereira, Gastrenterologista, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Madeira.

Adicionalmente, foi constituída uma equipa técnica de apoio que integra técnicos superiores da Direção-Geral da Saúde (Alexandre Gomes e Joana Bettencourt), uma especialista em Saúde Pública do ACES Lisboa Norte (Sofia Ribeiro), uma especialista em Medicina Geral e Familiar do ACES Porto Ocidental (Conceição Outeirinho) e uma especialista em Farmácia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Helena Farinha).

Foi proposta a criação de um Conselho Científico multidisciplinar, alargado, constituído por peritos nacionais que assegurem, nos termos do Despacho n.º 4429/2018 26 de abril de 2018, critérios de evidência, qualidade e transparência de atuação, na análise e discussão de propostas no âmbito das hepatites virais. O Conselho Científico integra igualmente representantes do Fórum Nacional da Sociedade Civil e de associações de doentes.

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; morbilidade e mortalidade; e a dimensão da resposta existente e seus resultados.

Este capítulo descreve toda a informação disponível para caracterizar as hepatites virais em Portugal designadamente na população que utiliza drogas, na população reclusa, nos dadores de sangue, nas pessoas hemodialisadas, dadores e recetores de transplantes, entre outras.

A informação constante deste capítulo provém de múltiplas fontes de diversos organismos como a Direção-Geral da Saúde (Programa Nacional de Vacinação, Centro de Emergências em Saúde Pública e 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), as Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências das ARS, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), os Hospitais e Centros Hospitalares, a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), 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. 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 como vírus oncogénicos pela OMS, com evolução para a cronicidade e para cirrose hepática que tem elevado risco de carcinoma hepatocelular.

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), ultrapassando a causada por outras doenças infeciosas, incluindo a infeção pelo VIH (680 000), a malária (627 000) e em paralelo com a tuberculose (1,4 milhões).

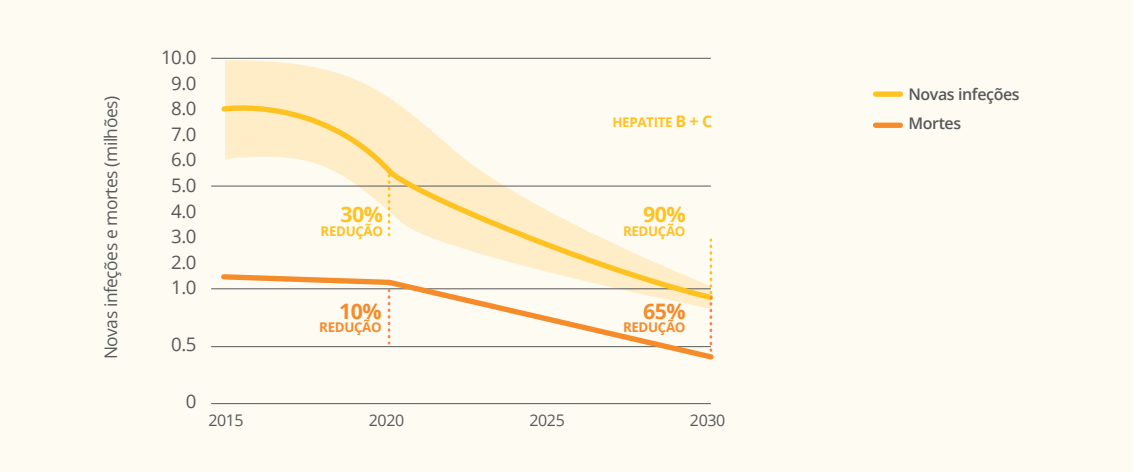
A OMS estima que vivam em todo o Mundo cerca de 58 milhões de pessoas com o vírus da hepatite C, que morram anualmente 290 000 por cirrose ou carcinoma hepatocelular, surgindo todos os anos cerca de 1,5 milhão de novas infeções. Para a hepatite B, as estimativas apontam para cerca de 300 milhões de pessoas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

Na região europeia vivem 14 milhões de pessoas com hepatite C e 112 500 morrem anualmente. 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.

O risco de cirrose em pessoas com hepatite C crónica é de 15-30% aos 20 anos e o de carcinoma hepatocelular na cirrose é de 10-40% aos 10 anos.

A OMS define como metas 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% até 2030. Estes objetivos correspondem a uma redução de 6-10 milhões de novas infeções para 1 milhão e a uma redução de 1,4 milhões de mortes para menos de 500 000, em 2030[1].

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



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2016

Dois dos mais importantes prémios Nobel foram atribuídos a investigadores na área das hepatites virais: Baruch Blumberg em 1976, pela descoberta do vírus da hepatite B e Harvey Alter, Michael Houghton e Charles Rice em 2020, que identificaram o vírus da hepatite C, contribuindo de forma decisiva para a luta contra as hepatites virais.

1. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-201 F 6.06-eng.pdf
2. Despacho_1150_2021_doencas_notificacao_obrigatoria_sinave.pdf (iasaude.pt)

O Dia Mundial das Hepatites é assinalado, em 28 de julho, data de aniversário de Baruch Blumberg (1925-2011).

Hepatites virais

O termo hepatite viral refere-se à doença causada por cinco vírus com apetência para se fixarem no fígado: vírus da hepatite A (VHA), vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC), vírus da hepatite D (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.[3]

A infeção por vírus da **hepatite A** é transmitida 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 uma doença aguda e autolimitada que não resulta em infeção crónica. Graças à melhoria das condições sociais e sanitárias, bem como à vacinação contra a hepatite A, o número de casos nas últimas décadas tem diminuído, principalmente em países de alto rendimento.

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. É considerado pela OMS um vírus oncogénico e reconhecido o seu significativo impacto em termos de morbilidade e mortalidade, como uma das causas principais de doença hepática crónica em todo o Mundo. A infeção por este vírus resulta numa inflamação do fígado que pode ser aguda e/ou crónica. Em cerca de 5% dos casos, a hepatite B em adultos torna-se crónica, podendo provocar cirrose hepática e/ou cancro do fígado.

As práticas de sexo seguro, a evicção de partilha de materiais cortantes ou perfurantes que possam ter contacto com sangue, como escovas de dentes, lâminas de barbear, tatuagens e *piercings* ou agulhas são formas eficazes de prevenção. No entanto, a medida mais eficaz é a ampla vacinação das populações. A vacinação contra a hepatite B, para além da prevenção da infeção, tem impacto na prevenção do cancro hepático.

A **hepatite C** é provocada pelo vírus da hepatite C que se transmite através do contacto com sangue infetado. A transmissão por via sexual é pouco frequente e o risco de uma mãe transmitir o VHC ao filho durante a gravidez situa-se nos 4 - 7%, contudo, desconhece-se se a infeção ocorre durante a gravidez ou no período peri-parto. Cerca de 20 a 30% dos indivíduos infetados com o VHC recuperam espontaneamente após a infeção aguda, mas os restantes 70 a 80% evoluem para a hepatite crónica e, muitas vezes, sem que se apercebam. Em 20% dos doentes, a hepatite C crónica pode conduzir à cirrose e/ou ao cancro no fígado. Não existe vacina contra a hepatite C. A prevenção da infeção passa por evitar, acima de tudo, o contacto com sangue infetado.

A **hepatite D** (ou hepatite delta) é provocada por VHD e infeta exclusivamente indivíduos infetados por vírus da hepatite B, seja em simultâneo, a chamada co-infeção, ou após a infeção por VHB, designada de super-infeção. Esta última causa uma doença hepática mais severa com evolução para cirrose em 70-80% dos casos.

3. Soriano V, Sherman K, Barreiro P. Hepatitis delta in HIV-infected individuals in Europe. AIDS. 2011; 25: 1987-1992.
4. Béguelin C, Moradpour D, Sahli R, Suter-Riniker F, Luthi A, et al. Hepatitis delta-associated mortality in HIV/HBV-coinfected patients. J Hepatol. 2017; 66(2): 297-303.
5. Gamelas V, Saraiva R, Silva MJ, Corte-Real R, Calinas F. Aspectos epidemiológicos da infecção por vírus da hepatite delta em Portugal. Congresso Português de Hepatologia. 24a reunião anual da APEF. Fátima, 27-29 maio 2021.
6. Nijskens C, Pas S, Eijk A, et al. Hepatitis E in Europe: diagnosis and treatment. NEMJ Gastroenterol. 2015;4(1):121-127.

O VHD é geralmente transmitido através do contacto com sangue ou fluídos corporais, principalmente através da partilha de materiais com sangue. Enquanto nos países de baixo rendimento, o VHD se encontra associado ao VHB de uma forma transversal, nos países ocidentais a hepatite delta está associada ao VHB, mas em grupos de alto risco, tais como utilizadores de drogas endovenosas, pessoas com práticas sexuais de risco e emigrantes de países endémicos[7]. Este vírus afeta globalmente cerca de 5% das pessoas que têm infeção crónica por vírus da hepatite B, e nestes é responsável por 1 em cada 5 casos de doença hepática crónica e carcinoma hepatocelular[8]. Na população infetada por VIH, as prevalências apontam para 14,5%[5] e 15%[6], verificando-se elevadas taxas de cirrose nestes indivíduos, valor acrescido por ausência de tratamento satisfatório. Num estudo realizado em Portugal[7], encontrou-se uma seropositividade de VHD de 14,3%, sendo de 4,3% a percentagem de IgM positiva.

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

A **hepatite E** é causada pelo vírus da hepatite E que se transmite comumente através de alimentos crus ou mal cozinhados, água e meio ambiente contaminados com fezes[8]. A via fecal-oral ocorre sobretudo através da ingestão de água contaminada, e é a forma mais comum de transmissão no Mundo e responsável por surtos epidémicos; o consumo de carne crua ou mal cozinhada, e de produtos derivados de animais infetados, tais como o porco ou javali e mesmo o consumo de marisco, têm sido as formas responsáveis pelos casos descritos em países de alto rendimento[9]. Também foram reportados casos adquiridos através de consumo de vegetais verdes ou frutos vermelhos.

A infeção pelo VHE geralmente produz uma doença leve, no entanto, os sintomas da doença podem variar desde a ausência de sintomas até formas graves, particularmente em mulheres grávidas. Em pessoas imunocomprometidas, pode assistir-se à evolução para formas crónicas como cirrose hepática.

Em Portugal os estudos epidemiológicos revelaram seroprevalências de 2,5% a 16,3% [10, 11, 12, 13, 14], sendo ocasionalmente descritos casos autóctones [15, 16, 17, 18]. Na população infetada por VIH, dados de prevalência apontam para taxas de 18,1% [19].

Não existe atualmente vacina para a hepatite E comercializada na Europa, pelo que a prevenção passa por cozinhar bem a carne e produtos derivados, evitar comer marisco cru ou mal cozido, lavar bem as mãos antes de preparar, servir e comer alimentos, e utilizar água potável ou fervida para consumo, incluindo para escovar os dentes, em especial em zonas com saneamento deficitário ou em países e regiões endémicos (Médio Oriente, Índia, Sudeste Asiático e alguns países de África).

7. Papatheodoridi M, Papatheodoridi G. Current status of hepatitis delta. Current Opinion in Pharmacology. 2021; 58:62-67.
8. Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MYR, Giorgi E, Kyomuhangi I, et al. The global prevalence of hepatitis D virus infection: Systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2020; 73(3): 523-532.
9. Yugo DM, Meng XJ. Hepatitis E virus: foodborne, waterborne and zoonotic transmission. Int J Environ Res Public Health. 2013;10: 4507-4533.
10. Queirós L, Condeço J, Tender A, et al. Seroprevalência de anticorpos para o vírus da Hepatite E na região norte de Portugal. Acta Med Port. 1997;10;447-454.
11. Macedo G, Pinto T, Sarmento JA, et al. Primeira avaliação da seroprevalência do vírus da Hepatite E no norte de Portugal. Acta Med Port. 1998; 11:1065-1068.
12. Alberto SF, Pires S, Félix J, et al. Prevalence of Hepatitis E virus antibody in a non-endemic population – prospective study. J Port Gastrenterol. 2009; 16:191-197.
13. Folgado Alberto S, Pires S, Félix J, Figueiredo A, Silva L, Franco M, et al. Prevalência do vírus da hepatite E em um estudo prospectivo populacional não endêmico. GE-J Port Gastrenterol. 2009; 16: 191–7.
14. Nascimento MSJ, Pereira SS, Teixeira J, et al. A nationwide serosurvey of hepatitis E virus antibodies in the general population of Portugal. European Journal of Public Health. 2017;28(4):720-724.
15. Duque V, Ventura C, Seixas D, et al. First report of acute autochthonous hepatitis E in Portugal. J Infect Dev Ctries. 2012;6(2):201-203.
16. Paiva P, Reigota R, Cardoso L, Valente C, Figueiredo A, Carvalho A- Hepatite E- a propósito de um caso autóctone. Rev Port D Infecciosas. 2021, 16(1): 8-15
17. Breda F, Cochicho J, Mesquita JR, et al. First report of chronic hepatitis E in renal transplant recipients in Portugal. J Infect Dev Ctries. 2014;8(12):1639-1642.
18. Nascimento MSJ, Almeida-Santos M, Fernandes M, et al. Hepatite E aguda severa em mulher com história auto-imune. Acta Med Port. 2019; 32:1-4.
19. Valente C, Carvalho R, Saraiva da Cunha J. Impacto do vírus da hepatite E em indivíduos VIH. Revista Infecção e Sépsis. 2019; 2 (6): 41-5

Deve considerar-se a execução dos testes serológicos e virológicos, disponíveis em Portugal, num caso de hepatite aguda com dificuldades no diagnóstico.

Existe uma vacina de proveniência chinesa em uso no Sudão do Sul para controlo de focos epidémicos.

Ciclo do Fígado

A doença hepática é uma doença complexa, multifatorial, silenciosa e assintomática. Para as hepatites B e C, raramente existem sintomas na fase inicial, da hepatite aguda. Entre 55%-85% dos casos da hepatite aguda C evoluem para a cronicidade, enquanto para a hepatite B ocorre em 5% dos adultos.

A evolução das hepatites virais pode seguir o seu curso para cirrose compensada e ao fim de alguns anos para cirrose descompensada (ascite, hemorragia digestiva, encefalopatia, icterícia). Quando tal acontece, a esperança média de vida reduz-se de forma significativa. Qualquer cirrose hepática tem risco de evolução para carcinoma hepatocelular (CHC), cifrado em 10-40% ao fim de 10 anos.

Por outro lado, as causas principais de doença hepática são entidades oncogénicas: álcool, hepatites B e C, fígado gordo (NASH – *Non Alcoholic Steatohepatitis/esteatohepatite* não alcoólica ou MAFLD – *Metabolic associated fatty liver disease*).

A elevação da Alanina Aminotransferase (ALT) associa-se ao síndroma metabólico e risco aumentado de morte súbita. As causas principais de elevação são o excesso de álcool, hepatite C e esteatose hepática (fígado gordo). No entanto, a elevação da ALT está associada a 13 situações clínicas, algumas do foro genético e autoimune, que têm tratamento eficaz, incluindo a redução da mortalidade. É o caso da hepatite autoimune, colangite esclerosante primária, colangite biliar primária, défice de alfa1-antitripsina, hepatite tóxica, doença de Wilson, hemocromatose, entre outras.

Qualquer caso de descompensação deve ser indicado 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.

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 2021, nota-se já uma tendência para retoma dos índices prévios à pandemia COVID-19, com 211 casos em comparação com 193 em 2020. No entanto, parece existir uma tendência para redução do número de casos de transplante hepático associado à hepatite C, decorrente do uso generalizado dos antivíricos de ação direta, de acordo com os dados do IPST.

A doença hepática tem de ser vista como uma entidade complexa, havendo a necessidade de integração na rede de Cuidados Paliativos. Surgiram recentemente recomendações da *American Association for the Study of Liver Diseases*.[20] Por outro lado, a doença hepática deve ser contextualizada também como uma causa do síndroma da fragilidade (*Frailty Syndrome*)[21] e de sofrimento (*Suffering*).[22]

Cirrose

A doença hepática crónica, resultado de múltiplas situações, como sejam o consumo de elementos tóxicos (álcool, medicamentos), vírus, fígado gordo, doenças genéticas, autoimunes, metabólicas (excesso de cobre e ferro), etc.. É caracterizada por fenómenos de destruição e regeneração do parênquima hepático, em que o

20. 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
21. 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 (FrAILT) study. Liver Int. (2021) 41:2467– 73. doi: 10.1111/liv.15006
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 Global Health. 2019 Jul;7(7):e883-e892. doi: 10.1016/S2214- 109X(19)30172-X. Epub 2019 May 22. PMID: 31129125; PMCID: PMC6560023.

aumento difuso do tecido conjuntivo induz uma desorganização da arquitetura lobular e vascular do fígado. De forma mais simplista, a cirrose pode assim definir-se como um processo de fibrose difusa, associada a formação de nódulos parenquimatosos, como se pode verificar no esquema.

Figura 2. **Ciclo do Fígado. Evolução esquemática de algumas doenças do fígado**

A avaliação da fibrose é assim da máxima relevância uma vez que a sua presença e gravidade se correlacionam com o prognóstico da doença hepática crónica de todas as etiologias. Além disso, a presença de cirrose identifica os doentes com risco de desenvolver descompensaçao clínica com mortalidade associada, e que estão em maior risco de desenvolver carcinoma hepatotcelular, independentemente da etiologia da doença hepática. As causas principais de cirrose e a própria cirrose per se são de elevado risco oncogénico. O tratamento anti-vírico da hepatite C e da B está associado à redução do risco de CHC. Os antivíricos devem ser vistos como tratamentos preventivos do cancro do fígado. O CHC é dos tumores malignos de pior prognóstico, com esperança média de vida de 10% ao fim de 5 anos.

O diagnóstico de cirrose pode ser realizado através de exame clínico (palpação, ascite (acumulação de líquido no abdómen ("barriga de água"), icterícia, olhos amarelos, discrasia hemorrágica, facilidade em ter hemorragias, encefalopatia ou alterações mentais), de exames de imagem (ecografia abdominal ou TAC com contornos irregulares), elastografia hepática, exame não invasivo com ultrassons, ou através de scores baseados em análises sanguíneos comuns[23, 24]: APRI e FIB-4 (Fibrosis-4 (FIB-4) *Index for Liver Fibrosis*. Se o APRI for superior a 3,25 e o FIB-4 a 1,5, a probabilidade de estarmos em presença de fibrose avançada ou cirrose é muito elevada[25].

1.1. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

O SINAVE é um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública[26].

Em Portugal, todas as hepatites virais integram a lista de doenças de notificação obrigatória, com exceção da hepatite D e, por isso, todos os casos devem ser obrigatoriamente registados nesta aplicação informática, permitindo assim um conhecimento real das hepatites virais em Portugal, em termos de incidência, prevalência, vias de transmissão e características sociodemográficas.

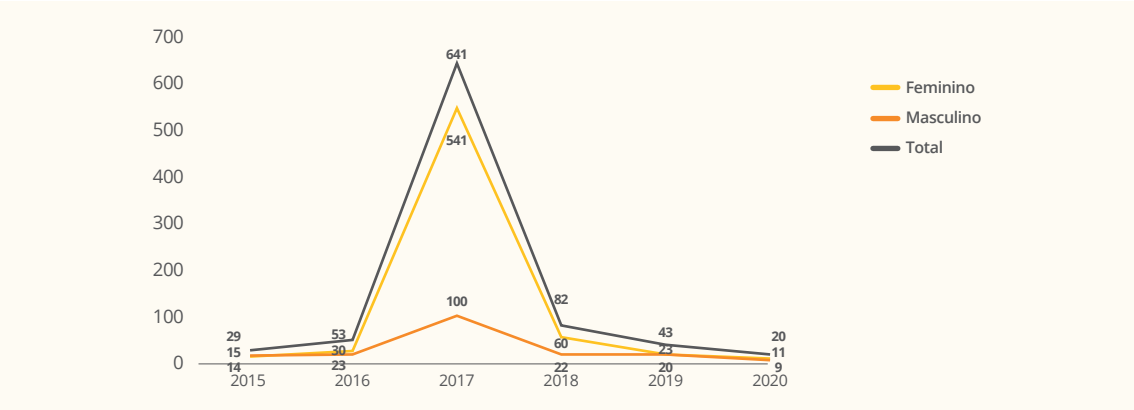
A melhoria do sistema de notificação e o aumento do número de notificações dessas infeções assim como a inclusão da hepatite D no SINAVE, constituem um dos objetivos do Programa Nacional para as Hepatites Virais.

Os dados mencionados de seguida foram extraídos do SINAVE no período entre 01-01-2017 e 31-12-2020 para as hepatites A, B e C. Os dados referentes às hepatites B e C, a partir de 2018, são ainda provisórios, pelo que a sua análise deve ser feita com cautela.

Hepatite A

O número total de casos confirmados de hepatite A manteve-se estável entre 2015 e 2020, sendo importante assinalar um elevado número de casos em 2017 (641 no total, dos quais 541 correspondem a casos em indivíduos do sexo masculino), devido ao surto de Hepatite A. Com exceção desse ano, o número anual de casos variou entre 20 (2020) e 82 (2018) neste período.

Figura 3. **N.º de casos confirmados de hepatite A em Portugal, por ano e por sexo (2015 – 2020)***



Fonte: SINAVE
*Dados provisórios de 2018 a 2020

Hepatite B

O número total de casos notificados de hepatite B manteve-se estável em 2017 (175) e 2018 (176) com um aumento em 2019 (220) e diminuição em 2020 (129). A distribuição dos casos em cada ano, por sexo e por idade aponta para uma maior prevalência de hepatite B nas pessoas do sexo masculino (60% em média) e em idades superiores a 30 anos. Na maioria dos casos (60%) não são conhecidas as via de infeção, mas quando identificada, a principal forma de transmissão é o contacto sexual heterossexual (entre 50% a 60%).

Hepatite C

O número de casos confirmados de hepatite C entre 2017 e 2020 são, em números absolutos, superiores aos da hepatite B. Verifica-se, no entanto, um padrão semelhante por sexo, sendo mais prevalente no sexo masculino (em média, 70% em cada ano). No que diz respeito à idade, assinala-se um maior número de casos em pessoas com idades entre 20 e 49 anos. Nos casos em que a via de transmissão é conhecida (mais de 60%), as principais vias são transmissão não-ocupacional e através do sangue.

23. https://www.mdcalc.com/ast-platelet-ratio-index-apri) https://www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis).
24. 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.
25. APRI significa AST to Platelet Ratio Index (dividir uma das aminotransferases (AST) pelo valor das plaquetas) FIB-4. Avalia a fibrose através de 4 elementos: AST, ALT (alaninoaminotransferase), idade e plaquetas. Estes dois índices não são tão precisos como a biopsia hepática ou a elastografia mas são reconhecidos a nível internacional como muito úteis.
26. https://www.dgs.pt/saude-a-a- z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a- z/sinave

1.2. 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 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Nessa data, as prevalências estimadas para a hepatite B[27] foi de 0,4% (6/2959) e para a hepatite C[28] de 0,3%. A prevalência do anti-HBs foi de 40%.

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

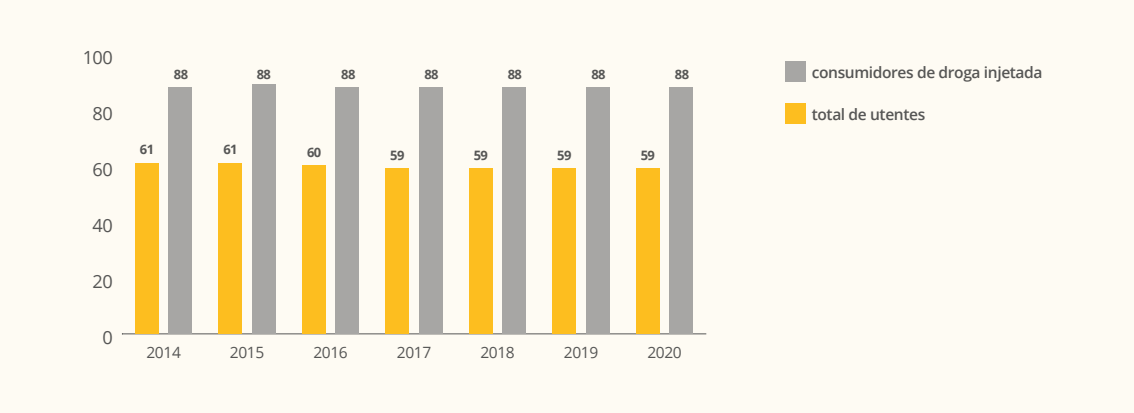
1.2.1. Pessoas que utilizam drogas

Os dados do SICAD revelam um esforço muito grande e conseguido na caracterização epidemiológica para as hepatites virais, plasmado no Relatório Anual 2020 – A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências[29].

Em 2021 estavam registados no sistema de registo clínico eletrónico único e de utilização universal, denominado SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar, 41 407 utentes ativos nas estruturas de tratamento de pessoas com comportamentos aditivos.

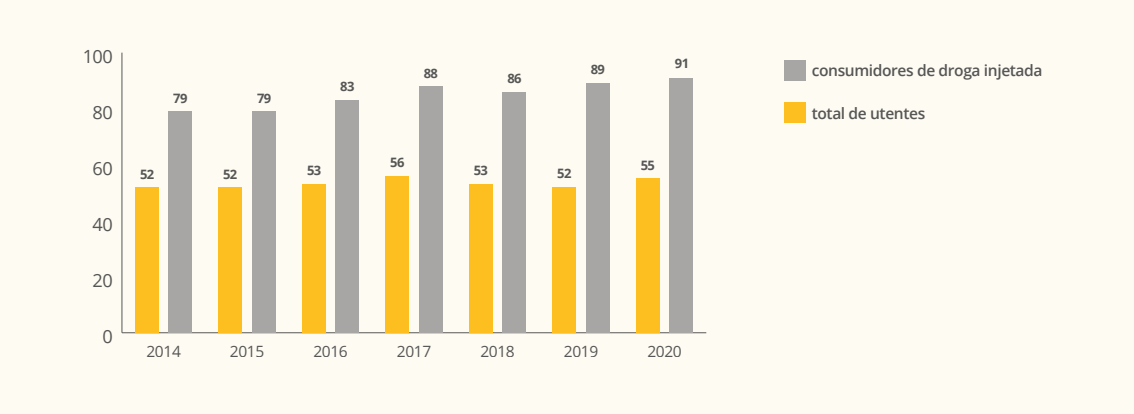
Os dados disponíveis mostram que a prevalência da hepatite B é muito reduzida entre utentes ativos consumidores de substâncias ilícitas (injetáveis ou não), mas muito elevada para a hepatite C, aumentando significativamente no grupo de pessoas consumidoras de drogas por via injetável. As prevalências de hepatite C entre utentes consumidores que iniciaram tratamento em ambulatório situam-se em cerca de 60% (Figura 4). Entre os utentes internados por problemas com o uso de drogas em Unidades de Desabituação (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT), as prevalências, embora elevadas são inferiores às dos utentes em ambulatório (52% – 55%) (Figura 5). Quando se analisa o universo de utentes consumidores por via injetável, verificam-se prevalências superiores a 80% quer entre utentes em ambulatório quer internados em UD e CT (Figura 4 e 5).

Figura 4. **Prevalência (%) de VHC+ nos utentes em tratamento (Rede Pública + Ambulatório)**



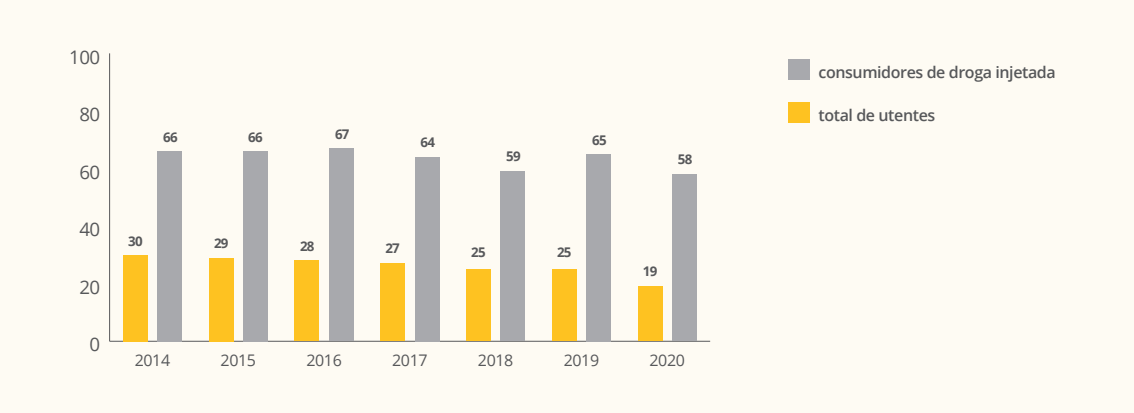
27. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017.
28. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infeções Sexualmente Transmissíveis. Lisboa: INSA IP; 2017.
29. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=175&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

Figura 5. **Prevalência (%) de anti-VHC+ nos utentes em Unidades de Desabituação e Comunidades Terapêuticas no ano. Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental**



De 2017 a 2020, registaram-se as prevalências mais baixas desde 2013, entre o total de utentes e entre os consumidores por via injetável, nas CT (Figura 6).

Figura 6. **Prevalência (%) de VHC+ nos utentes em Comunidades Terapêuticas no ano. Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental**



1.2.2. Dadores de sangue

Os dados do IPST mostram em primeiro lugar uma atenção permanente e um cuidado extremo no rastreio clínico e laboratorial eficiente na deteção de dadores com doenças infeciosas.

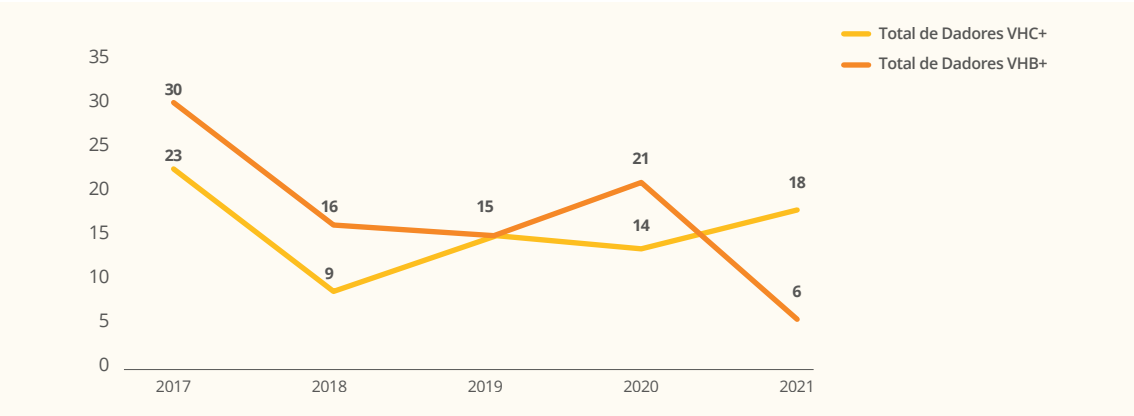
Em 2021, foram detetados 6 dadores com hepatite B num universo de 204 088, correspondendo à taxa de incidência de 0,00/100 000 habitantes e uma taxa de prevalência de 2,94/100 000 habitantes. Quando se comparam estes dados com os de 2020, constata-se uma redução do número de casos de hepatite B (21 em 2020) e das taxas de incidência (0,62/100 000 habitantes) e de prevalência (11,13/100 000 habitantes).

No que diz respeito à hepatite C, foram identificados 18 casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,18/100 000 habitantes e uma prevalência de 8,82/100 000 habitantes. A comparação com os dados de 2020 dá conta de uma diminuição do número de casos (14/188 601) que corresponde a uma diminuição da taxa de incidência (1,24/100 000 habitantes) e a um aumento da taxa de prevalência (7,42/100 000 habitantes).

Estes dados mostram uma evolução favorável quando comparados com os dados de 2012, altura em que tinham sido detetados 55 dadores com hepatite B e 33 com hepatite C, totalizando 88 dadores com marcadores positivos para as hepatites virais.

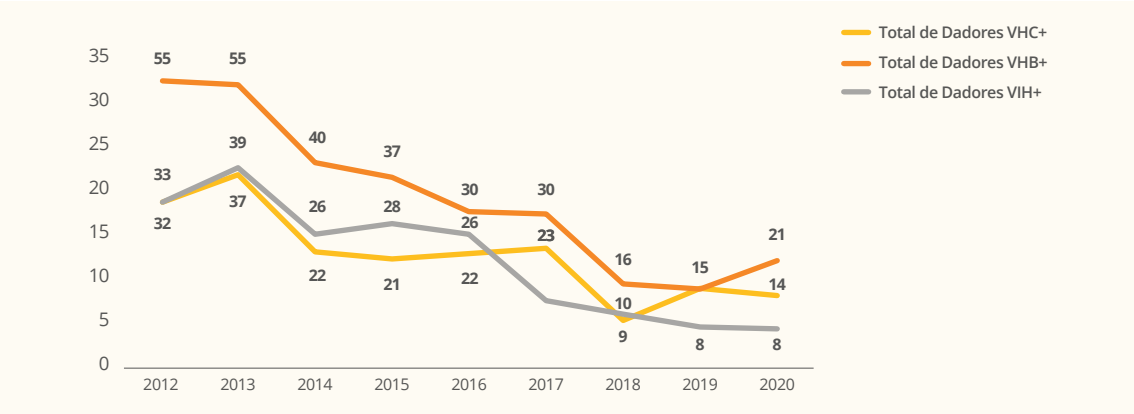
Importa referir que todas as dádivas com marcadores positivos para doenças transmissíveis pelo sangue foram eliminadas e os dadores encaminhados para consultas de especialidade. Nas situações de seroconversão foram desencadeadas investigações de *lookback*[30] de acordo com o normativo em vigor.

Figura 7. **Evolução da notificação de casos VHB+ e VHC+ em Dadores de sangue 2017 – 2021**



Fonte: Instituto Português do Sangue e da Transplantação

Figura 8. **Evolução da notificação de casos VHB+, VHC+ e VIH+ em Dadores de sangue 2012 – 2020**



Fonte: Instituto Português do Sangue e da Transplantação

1.2.3. Dadores de órgãos

Os dados disponibilizados pelo IPST referentes a dadores com marcadores serológicos AgHBs+ ou anti-VHC+, entre 2017 e 2021, nas regiões Norte e Sul do país indicam que não se registaram casos positivos de AgHBs no universo de dadores. Os dadores com anti-VHC+ foram 10 em 4 anos, numa média de 2,5 casos/ano em 320 dadores/ano.

Quando se analisam os dados referentes a recetores com marcadores serológicos AgHBs(+) ou acVHC(+), nos últimos quatro anos, parece existir uma tendência decrescente da percentagem de hepatites virais, B e C nas indicações para transplante hepático. De acordo com o IPST a percentagem de transplantados com

30. Procurar em dádivas anteriores de um dador que testa agora reativo para um determinado marcador

hepatite B foi de 7%, 3%, 6% e 4% e de hepatite C de 17%, 16%, 11% e 11%, no período entre 2018 e 2021, respetivamente. Importa também avaliar o peso do carcinoma hepatocelular e a sua relação com as cirroses hepáticas B e C.

Tabela 1. **Nº de recetores com marcadores serológicos AgHBs+ ou acHCV+, aos quais se efetuou transplante hepático entre 2017 e 2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Casos de Hepatite B Transplantados	ND	17	7	11	8
Casos de Hepatite C Transplantados	ND	39	39	21	24
Total de Transplantados (Fígado)	**259**	**232**	**240**	**193**	**211**
Carcinomas hepatocelulares	ND*	32	ND	ND	ND

*ND – dados não disponíveis
Fonte: Instituto Português do Sangue e Transplantação

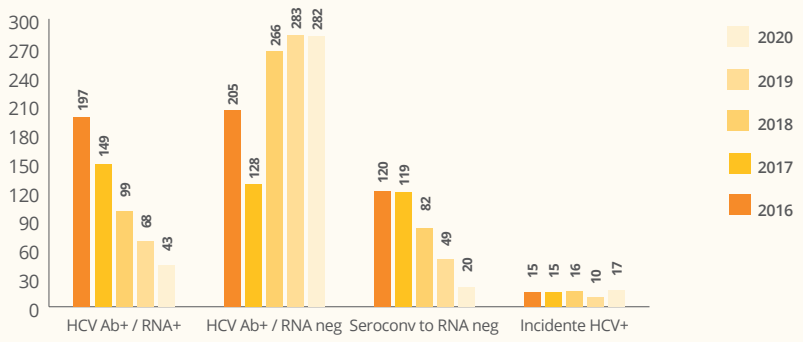
1.2.4. Hemodiálise e diálise peritoneal

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, a adequada referenciação para o tratamento e para a microeliminação da hepatite C nesta população.

Os dados disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia espelham o extremo cuidado dos Centros de Hemodiálise perante 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 novos antivirais de ação direta (AAD).

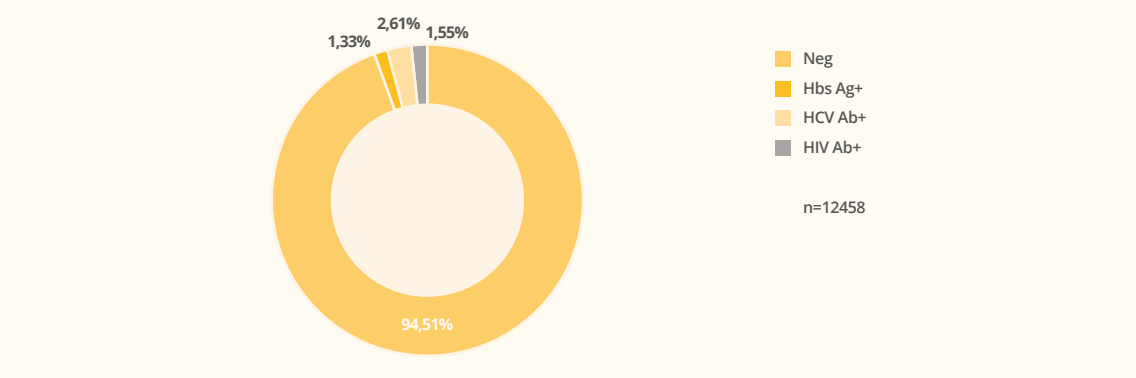
Os dados referentes a 2020 revelam a existência de 1,33% de pessoas portadoras de AgHBs e de 0,35% de pessoas com anticorpo VHC e RNA VHC positivos, no universo de doentes em hemodiálise. Quando se analisa a situação relativamente a doentes em diálise peritoneal, constata-se a existência de 1,03% de pessoas portadoras de AgHBs e com anticorpo VHC e RNA VHC positivos. O número de utentes com ARN+VHC positivo reduziu-se de 197 em 2016 para 43 em 2020, tendo vindo a baixar de forma consistente nestes últimos cinco anos.

Figura 9. **Prevalência da Hepatite C na Hemodiálise 2016-2020**



Fonte: Registo Português de Diálise e Transplantação, 2020

Figura 10. **Prevalência dos marcadores Hbs Ag+, HCV Ab+ e HIV Ab+ em hemodiálise em 31-12-2020**



Fonte: Registo Português de Diálise e Transplantação, 2020

1.2.5. Na população em situação de reclusão

As doenças transmissíveis apresentam valores elevados de prevalência e incidência entre a população reclusa.

Segundo os dados do Centro de Competências para a Gestão de Cuidados de Saúde, da DGRSP, em 31 de dezembro de 2021, encontravam-se em situação de reclusão 11 167 pessoas, maioritariamente do sexo masculino (cerca de 90%), com prevalências de hepatite B e hepatite C de 1,9% e 7,3% respetivamente. Quando se analisam as prevalências desagregadas por sexo, nos homens o valor é de 1,7% e 6,1% respetivamente e, nas mulheres, esses valores situam-se em 0,6% e 3,2%, respetivamente, evidenciando prevalências mais elevadas de hepatite B e hepatite C nos homens.

A análise comparativa com os dados de 2016 evidencia a diminuição das prevalências na população reclusa para a hepatite B (2,38%) e hepatite C (12,26%), provavelmente fruto da implementação do modelo de abordagem destas hepatites em contexto prisional desde 2018.

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

A 5 de abril de 2022, foram detetados no Reino Unido 10 casos de hepatite de etiologia desconhecida em crianças entre os 11 meses e os 5 anos de idade, na sua maioria com início de sintomas em março de 2022. Após a notificação internacional deste surto a 15 de abril, vários outros casos foram sendo reportados em diferentes países, tendo sido definido pela Organização Mundial da Saúde e pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* a definição de caso promovendo a deteção precoce de casos suspeitos.[31, 32, 33]

No âmbito deste surto, a DGS constituiu 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, ainda antes da deteção de casos suspeitos em Portugal.

O primeiro caso suspeito em Portugal foi reportado a 28 de abril de 2022. A *taskforce* tem acompanhado as notificações e respetivos inquéritos epidemiológicos na plataforma SINAVE, discutindo 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. Tem ainda garantido a compilação das

31. 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
32. 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
33. 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

últimas evidências científicas sobre a situação, e a 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, nomeadamente:

- Comunicado C164_01_v1 de 28 de abril - Casos de Hepatite de etiologia desconhecida em diversos países europeus[34]

- Informação n.º 002/2022[35] de 6 de maio - Alerta de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica – Como reportar casos suspeitos.

- Orientação n.º 005/2022 de 6 de junho[36] - Orientação sobre os casos suspeitos de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica, que orienta a abordagem aos casos suspeitos, nomeadamente a investigação laboratorial.

Este surto é considerado pela OMS com um risco global de nível moderado, sendo recomendadas que se mantenham as ações de vigilância e medidas de prevenção e controlo. A OMS e o ECDC têm promovido estudos de investigação para clarificar este surto e permitir identificar a sua etiologia. As principais hipóteses etiológicas que têm sido consideradas têm por base a infeção por adenovírus identificada num número significativo de casos, mas que não explicam a situação clínica. As hipóteses colocadas sugerem a possibilidade da infeção por adenovírus ocorrer:

- conjuntamente com um cofator desconhecido que possa aumentar a gravidade da infeção ou provocar lesão hepática por imunomediação;

- por eventual aumento da suscetibilidade ao adenovírus na idade pediátrica, devido à diminuição da exposição no âmbito das medidas aplicadas na pandemia de COVID-19.

Com o objetivo de fazer chegar a informação à população em geral, através do Programa Nacional para as Hepatites Virais, foram asseguradas várias entrevistas a diversos órgãos da comunicação social, com início ainda antes do primeiro caso ocorrido em Portugal.

Devido à limitação dos dados disponíveis, mantém-se a investigação de outras hipóteses, nomeadamente outros agentes infeciosos ou tóxicos.

A investigação epidemiológica permite explorar as hipóteses levantadas e contribuir para a descrição internacional da situação e orientar na clarificação do surto.

A DGS e a *taskforce* continuam a monitorizar a situação, mantendo uma ligação permanente com instituições nacionais e internacionais, prosseguindo a vigilância epidemiológica e laboratorial dos casos, a atualização da informação, e a adoção/reforço de medidas de prevenção e controlo.

1.3.1. Epidemiologia descritiva da situação atual em Portugal

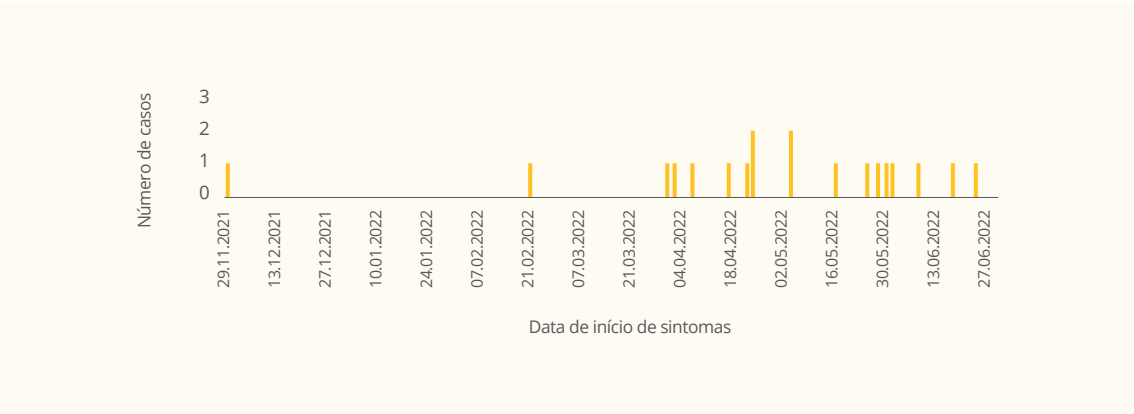
Considerando a situação de surto a decorrer entre março e julho de 2022, a *taskforce* compilou e analisou os dados disponíveis sobre os casos reportados em Portugal que se resumem de seguida:

34. Direção Geral da Saúde. Comunicado C164_01_v1 de 28/04/2022 - Casos de Hepatite de etiologia desconhecida em diversos países europeus. Disponível em: https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/casos-de-hepatite-de-etiologia-desconhecida-em-diversos-paises-europeus-pdf.aspx
35. Direção-Geral da Saúde. Informação nº 002/2022 de 06/05/2022 - Alerta de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica – Como reportar casos suspeitos. Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0022022-de-06052022-pdf.aspx
36. Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 005/2022, de 06/06/2022 - Orientação sobre os casos suspeitos de hepatite aguda de etiologia desconhecida em idade pediátrica. Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052022-de-06062022-pdf.aspx

- Considerando a definição de caso suspeito e caso provável constante na Orientação n.º 005/2022, de 06/06/2022, de 28 de abril até 3 de julho e 2022, foram reportados em Portugal, 23 casos suspeitos.

- Após investigação e discussão pela *taskforce*, foram descartados 4 casos por apresentarem etiologia alternativa que justificava o quadro de hepatite. Até 3 de julho, foram identificados 19 casos prováveis (Figura 13), distribuídos pelas ARS Lisboa e Vale do Tejo (9), ARS Norte (5), ARS Algarve (3), ARS Centro (1) e Região Autónoma da Madeira (1). Retrospetivamente, identificou-se um caso com início de sintomas a 30/11/2021. A maioria dos casos iniciou sintomas entre abril e maio.

Figura 11. **Curva epidémica dos casos prováveis de hepatite de etiologia desconhecida em idade pediátrica notificados em Portugal**



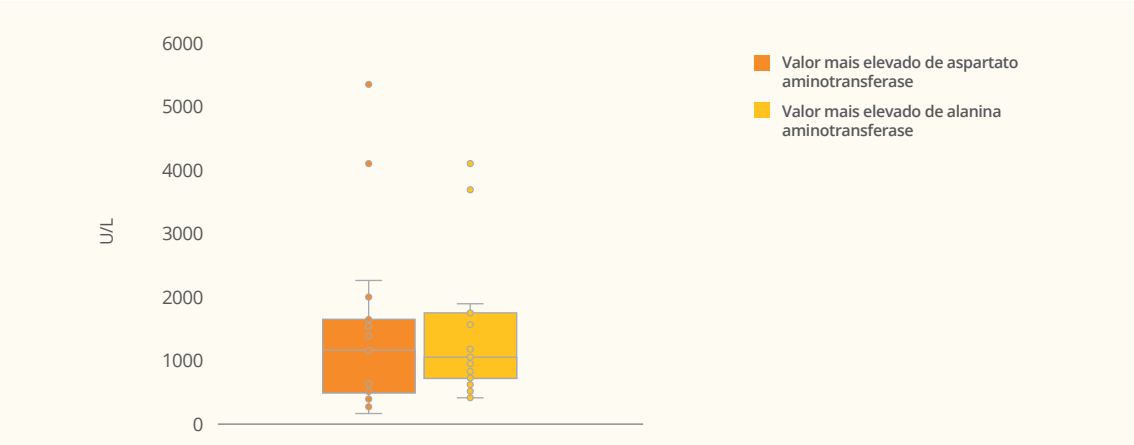
Fonte: BI-SINAVE

- Cerca de um terço (6) dos casos eram do sexo feminino e dois terços dos casos eram do sexo masculino. A média de idades à data de início de sintomas era de 3,4 anos, com uma mediana de 1,0 anos. Relativamente à morada de residência, 18 casos eram residentes em Portugal e 1 caso residente em França.

- Dezasseis casos necessitaram de internamento hospitalar. Apenas 12 casos tinham informação da data de alta, sendo a duração média de internamento de 7,8 dias (mediana 5, mínimo 1, máximo 35). Cerca de um quarto dos casos (4 em 19) apresentava algum tipo de comorbilidade. Não foram descritas complicações. Não ocorreu nenhum óbito nem foi realizado nenhum transplante.

- Relativamente às provas hepáticas (Figura 14), a mediana do valor mais elevado de aspartato aminotransferase (AST) foi de 1163 UI/L, obtendo-se um valor máximo de 5367 UI/L. A mediana do valor mais elevado de alanina aminotransferase (ALT) foi de 1051 UI/L, obtendo-se um valor máximo de 4126 UI/L.

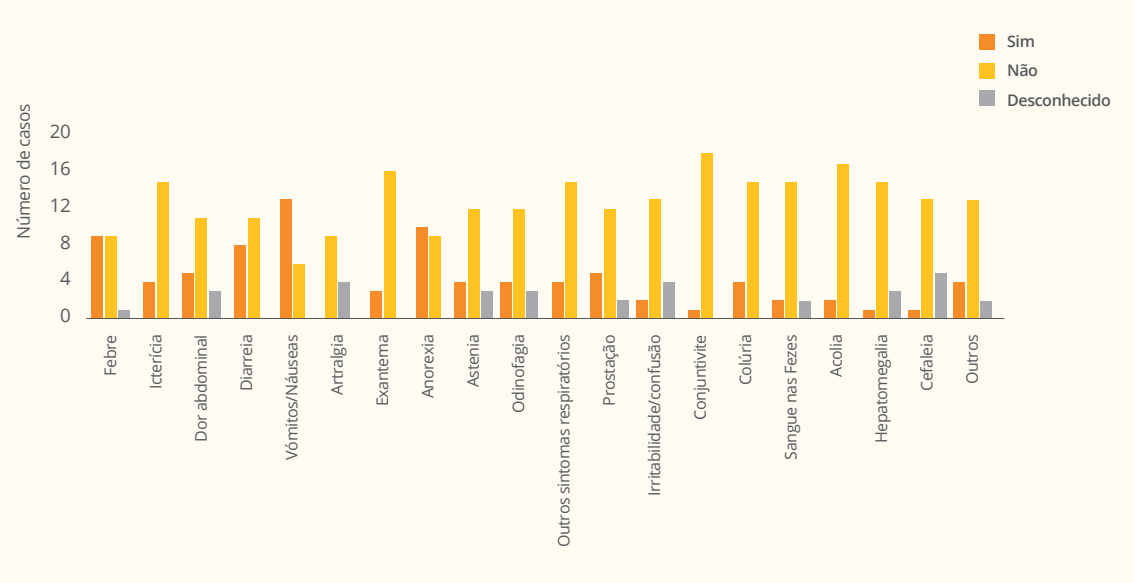
Figura 12. **Valor mais elevado das aminotransaminases (UI/L)**



Fonte: BI-SINAVE

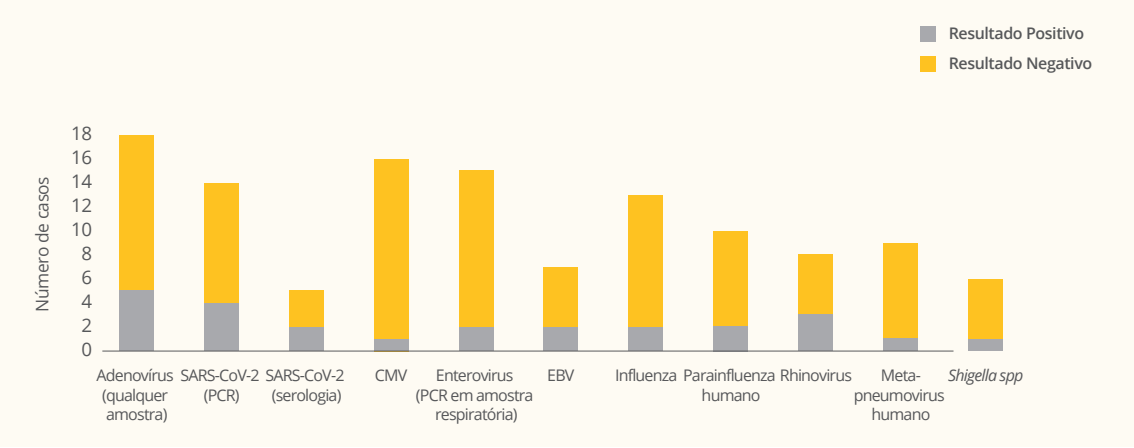
- Os sintomas mais comuns à data da suspeita diagnóstica foram as náuseas e vómitos em 13 casos (68,4%), seguindo-se a anorexia em 10 casos (52,6%), a febre em 9 casos (50,0%), a diarreia em 8 casos (42,1%) e dor abdominal em 5 casos (31,2%) (Figura 15). Quatro dos 19 casos apresentaram icterícia (21,1%).

Figura 13. **Apresentação clínica à data da suspeita diagnóstica**



Fonte: BI-SINAVE

Figura 14. **Número de resultados positivos e negativos, por agente**



Fonte: BI-SINAVE.

- Um terço dos casos (5 em 15) tiveram uma infeção confirmada nas últimas 4 semanas antes do início dos sintomas. Sessenta e cinco por cento dos casos (11 em 17), tomaram medicação nos últimos 30 dias. Dois casos foram vacinados contra o SARS-CoV-2 e 8 tiveram história de infeção pelo SARS-CoV-2 confirmada (um nas últimas 4 semanas).

- Do total de casos com resultado laboratorial disponível (Figura 16), foi identificado adenovírus em 27,8% (5 em 18) e SARS-CoV-2 em 28,6% dos casos (4 em 14 testados).

- Das 3 amostras positivas para adenovírus, uma foi genotipada, tendo sido identificado adenovírus da espécie C (HAdV – C). Uma das pesquisas por EBV teve um resultado indeterminado (em 15 amostras testadas).

- Das amostras testadas e com resultado conhecido para pesquisa de infeção por HSV-1, leptospirose, herpes Vírus 6 (HHV6), Herpes Vírus 7 (HHV7), Vírus Sincicial Respiratório, Herpes Varicella Zoster, Parvovirus, VIH, Legionela, Mycoplasma, Parechovirus humano, Bocavirus, Salmonella spp, Campylobacter spp, Bartonella henselae, Brucella spp, Borrelia spp, E. coli O157, Streptococcus do grupo A, todas apresentaram resultado negativo. Foi pesquisado o título de antiestreptolisina O em 3 casos, todos negativos. Foi realizada pesquisa de vírus e bactérias nas fezes (em 4 e 2 casos, respetivamente), identificando-se rotavírus num deles. Foram realizadas coproculturas para vírus e bactérias (em 2 e 7 casos, respetivamente), todas negativas.

- Não foram identificadas alterações nos exames toxicológicos realizados (realizados a 3 casos).

Os resultados obtidos na investigação epidemiológica dos casos em Portugal enquadram-se nos principais resultados encontrados a nível internacional, relativamente à identificação de adenovírus, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios.

Em termos clínicos de abordagem dos casos reportados em Portugal, foi interessante verificar que a maioria dos casos apresentam sintomas gastrointestinais pouco expressivos e que foi a componente laboratorial da função hepática (valores altos de transaminases) que permitiu identificar casos prováveis. Este surto tem contribuído para a reflexão sobre a relevância de resultados laboratoriais na abordagem clínica pediátrica em contexto de queixas gastrointestinais.

1.4. Etiologia da cirrose e do cancro do fígado

Foi publicado recentemente um artigo com dados portugueses referentes à etiologia da cirrose hepática e do carcinoma hepatocelular, num estudo que também incluiu a Bulgária e a Noruega[37].

Este artigo resultou de um estudo colaborativo entre o ECDC e a *European Association for the Study of the Liver* (EASL) e recorreu a três fontes para colheita dos dados: um estudo piloto que usou dados de uma amostragem dos três países, colhidos em 2016; os dados foram depois comparados com os provenientes do Global Burden of Disease (2016) e da IARC (International Agency of Research in Cancer, 2000-2014), uma entidade da OMS.

A percentagem da hepatite B na cirrose hepática em Portugal é de 6% e no CHC de 11-16%.

A prevalência da hepatite C na cirrose em Portugal é de 17-24% e no CHC de 36-50%.

Os dados indicam o maior peso epidemiológico da hepatite C na cirrose hepática e no carcinoma hepatocelular relativamente à hepatite B, no nosso país, o que está de acordo com os dados de outros países da Europa Ocidental.[38]

É particularmente relevante a prevalência do anti-VHC no CHC que chega em alguns estudos a 50%.

Tabela 2. **Percentagem da etiologia viral B e C na cirrose hepática e no carcinoma hepatocelular em Portugal, na Noruega e na Bulgária**

Country	Condition	Type of hepatitis	Aetiological fraction (confidence interval)		
			Pilot	GBD[a]	IARC[b]
Bulgaria	Cirrhosis	HBV	18% (15–21%)	19% (14–23%)	N/A
		HCV	16% (13–20%)	18% (14–23%)	N/A
	HCC	HBV	37% (27–48%)	20% (15–25%)	21% (4–49%)
		HCV	25% (16–37%)	24% (18–30%)	40% (5–83%)
Norway	Cirrhosis[c]	HBV	9% (5–15%)	6% (6–7%)	N/A
		HCV	26% (19–34%)	17% (15–18%)	N/A
	HCC	HBV	9% (3–21%)	13% (11–14%)	7% (1–26%)
		HCV	38% (25–52%)	43% (40–44%)	27% (2–80%)
Portugal	Cirrhosis	HBV	6% (2–13%)	6% (5–8%)	N/A
		HCV	24% (16–34%)	17% (13–22%)	N/A
	HCC	HBV	11% (6–19%)	12% (9–16%)	16% (5–34%)
		HCV	36% (27–46%)	39% (31–46%)	50% (20–79%)

Fonte: Duffell E, Cortez-Pinto H, Simonova M, Dalgard O, Dahl EH, de Martel C, Mozalevskis A, Buti M, Pavlova S, Hadzhilova T, Simões C, Katzarov K, Mardh O. Estimating the attributable fraction of cirrhosis and hepatocellular carcinoma due to hepatitis B and C. J Viral Hepat. 2021 Aug;28(8):1177-1189. doi: 10.1111/jvh.13545. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34003542.

37. Duffell E, Cortez-Pinto H, Simonova M, Dalgard O, Dahl EH, de Martel C, Mozalevskis A, Buti M, Pavlova S, Hadzhilova T, Simões C, Katzarov K, Mardh O. Estimating the attributable fraction of cirrhosis and hepatocellular carcinoma due to hepatitis B and C. J Viral Hepat. 2021 Aug;28(8):1177-1189. doi: 10.1111/jvh.13545. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34003542.
38. Canillas L, Parcerisa M, Coll S, García-Retortillo M, Macià F, Bessa X, Castells X, Puigvehí M, Posso M. Prevalence and characteristics of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma in a Spanish university hospital. Cancer Epidemiol. 2022 Jun;78:102142. doi: 10.1016/j.canep.2022.102142. Epub 2022 Mar 19. PMID: 35316642.

1.5. Internamentos

Foi publicado em abril de 2021 um artigo sobre a evolução dos internamentos por cirrose hepática de 2010 a 2017.[39]

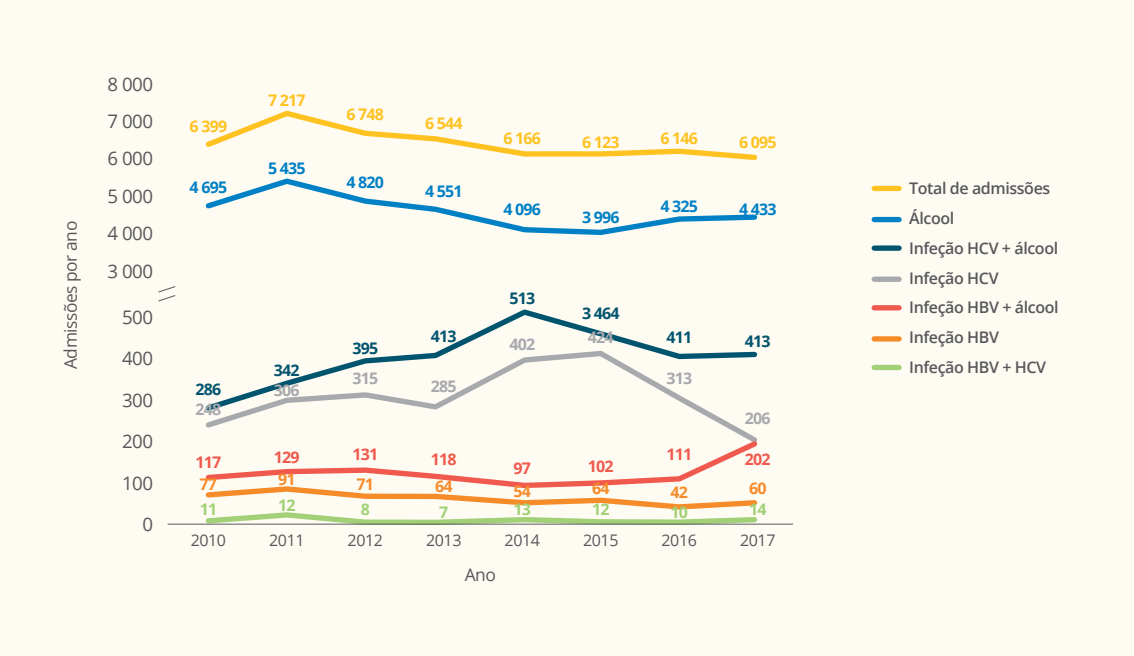
Dos 51 438 internamentos analisados, em 79% existe a presença de álcool como fator etiológico

Em 5 823 (11,3%) existe a referência a hepatite C, de forma isolada ou em associação com álcool, ou com hepatite B.

É interessante verificar a redução dos internamentos por cirrose associada a hepatite C em Portugal a partir de 2015 de 424 casos para 313 em 2016 e para 206 em 2017. A descida para quase metade coincide com o início da medicação antiviral em 2015.

De qualquer modo, se se somar os doentes com cirrose hepática C com álcool e com hepatite B também aqui se assiste à redução de 464 para 413. Ou seja nas duas entidades (VHC isoladamente ou em associação com álcool), a redução é de 888 em 2015 para 619 em 2017.

Figura 15. **Internamentos por cirrose hepática 2010-2017**



Fonte: Silva J, M, Silva M, J, Calinas F, Nogueira P, J: Burden of Liver Cirrhosis in Portugal between 2010 and 2017. GE Port J Gastroenterol 2021;28:153-161. doi: 10.1159/000510729

39. 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.

Tabela 3. **Número e tendência de internamentos por álcool, VHB e VHC 2010-2017**

Etiology of cirrhosis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Tendency 2010–2017 (*p*)
Alcohol	4,695	5,435	4,820	4,551	4,096	3,996	4,325	4,433	**36,351**	Stable ($p = 0.075$)
HCV	248	306	315	285	402	424	313	206	**2,499**	Stable ($p = 0.861$)
HCV+ alcohol	286	342	395	413	513	464	411	413	**3,237**	Stable ($p = 0.082$)
HBV	77	91	71	64	54	64	42	60	**523**	Reduction ($p = 0.023$)
HBV + alcohol	117	129	131	118	97	102	111	202	**1,007**	Stable ($p = 0.393$)
HBV + HCV	11	12	8	7	13	12	10	14	**87**	Stable ($p = 0.395$)
Total admissions	**6,399**	**7,217**	**6,748**	**6,544**	**6,166**	**6,123**	**6,146**	**6,095**	**51,438**	Reduction ($p = 0.044$)

HBV, hepatitis B virus; HCV, hepatitis C virus.

Fonte: Silva J, M, Silva M, J, Calinas F, Nogueira P, J: Burden of Liver Cirrhosis in Portugal between 2010 and 2017. GE Port J Gastroenterol 2021;28:153-161. doi: 10.1159/000510729

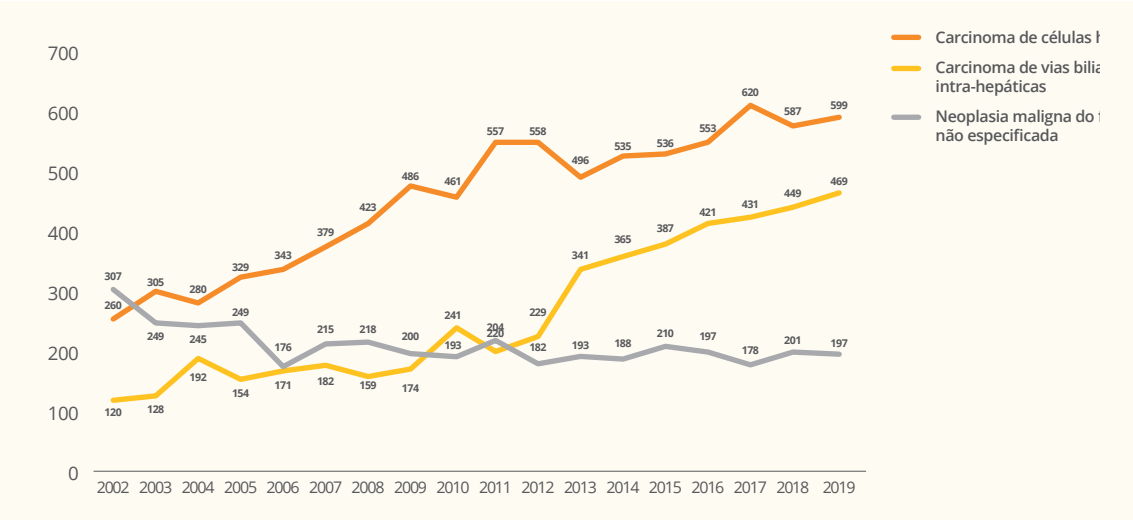
1.6. Mortalidade

O número de tumores malignos do fígado, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, mostra evolução crescente de dois tumores malignos (carcinoma hepatocelular e tumores das vias biliares), de 2002 a 2019: 260 e 599 para o "carcinoma de células hepáticas" e 120 e 469 para o tumor das vias biliares intra-hepáticas, respetivamente. Para o tumor maligno não especificado, a tendência é decrescente, assinalando uma redução de 307 para 197, no mesmo período.

Os dados estão de acordo com as tendências internacionais que referem o aumento do carcinoma hepatocelular e do colangiocarcinoma.[40, 41]

A redução dos tumores malignos não especificados estão de acordo com a maior acuidade e precisão diagnóstica.

Figura 16. **Mortalidade por tumor maligno do fígado e das vias biliares 2002 - 2019**



Fonte: Instituto Nacional de Estatística

40. Valle JW, Kelley RK, Nervi B, Oh DY, Zhu AX. Biliary tract cancer. Lancet. 2021 Jan 30;397(10272):428-444. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00153-7. PMID: 33516341.
41. Liu Z, Suo C, Mao X, Jiang Y, Jin L, Zhang T, Chen X. Global incidence trends in primary liver cancer by age at diagnosis, sex, region, and etiology, 1990-2017. Cancer. 2020 May 15;126(10):2267-2278. doi: 10.1002/cncr.32789.

Estão identificadas quatro grandes causas de morte por doença hepatobiliar. Em 2020, morreram quase 3 000 portugueses no conjunto destas 4 causas, 2,3% do total de mortes (Pordata 2020: 123 396). De salientar o número perto da centena relacionado com as "hepatites virais" e o facto de os tumores malignos ultrapassarem de forma consistente a "Doença crónica do fígado e cirrose".

Tabela 4. **Mortalidade por Doença Hepática e Vias Biliares 2017 - 2020**

Causa de Morte	2017	2018	2019	2020
Hepatites Virais	94	101	96	107
Doenças crónicas do fígado e cirrose	1035	1078	1127	1117
Neoplasia maligna da vesícula biliar, de outras partes e de partes não específicas	298	319	367	346
Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	1225	1235	1261	1312
Total	**2652**	**2733**	**2851**	**2882**

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

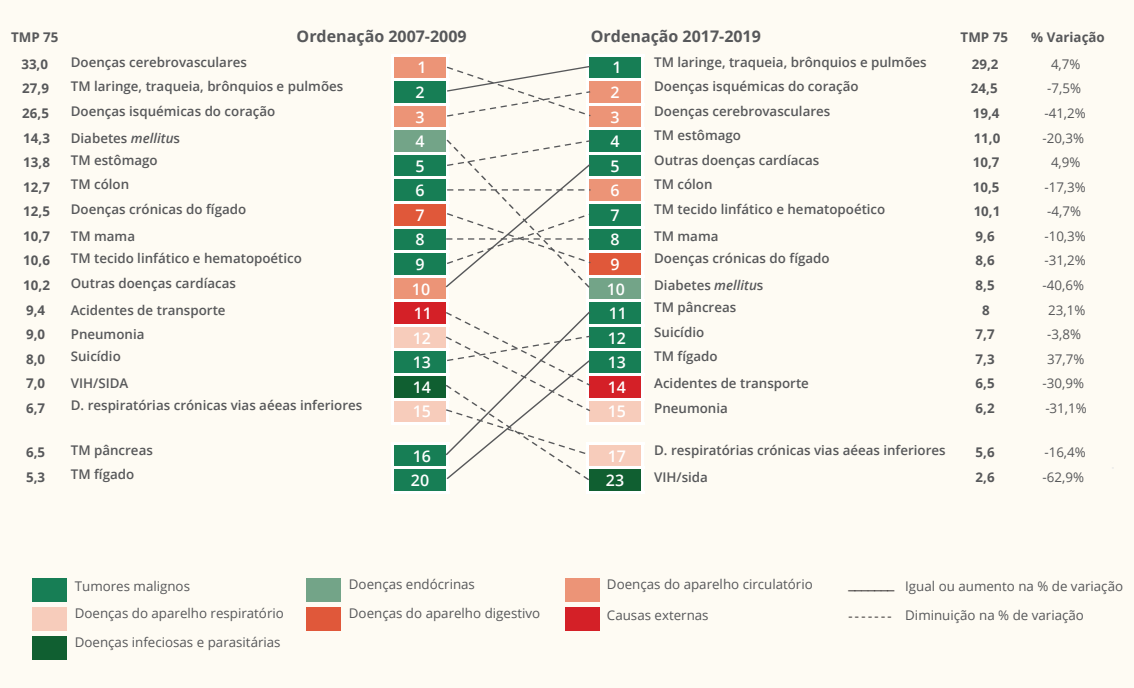
O Plano Nacional de Saúde, para as principais causas de morte precoce (TMP), antes dos 75 anos, mostra alguns dados da maior relevância para a abordagem das doenças hepáticas: em 2007-2009 a Doença Hepática Crónica (cirrose hepática) era a 7ª causa de morte e os Tumores Malignos do Fígado a 20ª causa de morte; em 2016-2018 a Doença Hepática Crónica e os Tumores Malignos passaram para a 10ª e 13ª posição, respetivamente.[42]

Se se adicionar as duas taxas de mortalidade que no fundo dizem respeito às doenças hepáticas, a soma das duas TMP projeta as doenças hepáticas para 4º lugar, à frente do Tumor Maligno do Estômago. Muitos dos Tumores Malignos do Fígado, são CHC que surgem em mais de 90% dos casos como consequência da cirrose hepática.

Como vimos anteriormente neste documento, espera-se que o CHC, tumor primitivo do fígado venha a subir nos próximos anos. A causa principal de cirrose hepática e de CHC é o consumo excessivo de álcool. No entanto as hepatites virais, nomeadamente a hepatite C têm um componente importante na etiologia do CHC.

42. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf. Acesso julho 2022.

Figura 17. **Plano Nacional de Saúde, 2021-2030. Causas de morte precoce, antes dos 75 anos, em Portugal**



Fonte: Plano Nacional de Saúde

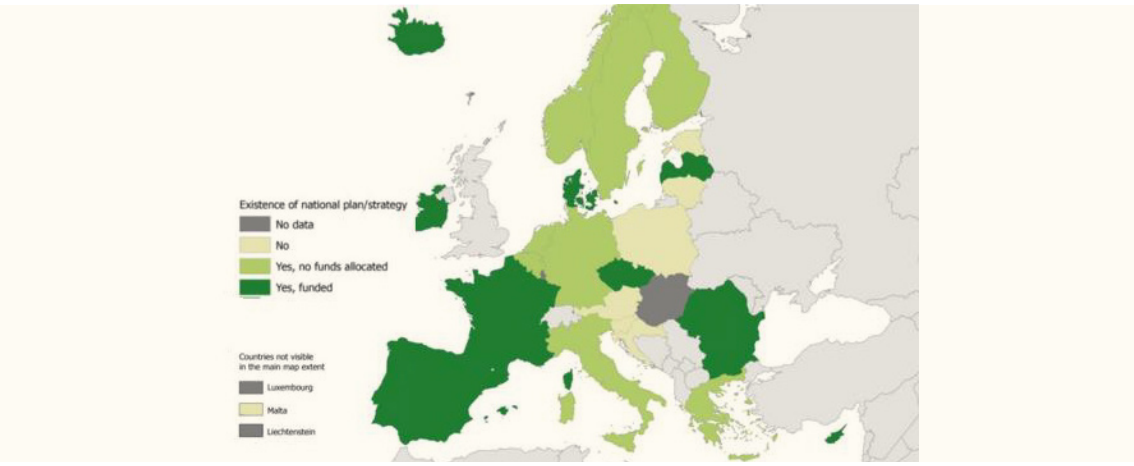
1.7. Portugal no contexto Europeu e internacional

Portugal tem sido reconhecido pelas instâncias internacionais como uma referência em muitos aspetos relacionados com a área das hepatites virais, nomeadamente pela OMS e pelo ECDC.[43]

Os gráficos seguintes, integrados numa publicação do ECDC,procuram enquadrar o País no contexto europeu, na área das hepatites virais, demonstrando que Portugal integra o grupo dos países europeus que dispõe de uma estratégia nacional para a resposta a essas infeções, com financiamento próprio, assim como a existência de normas e orientações para o diagnóstico em populações específicas. Do conjunto de 26 países respondentes, Portugal é um dos 24 estados que não apresenta quaisquer restrições ao acesso ao tratamento da hepatite B e C.[44]

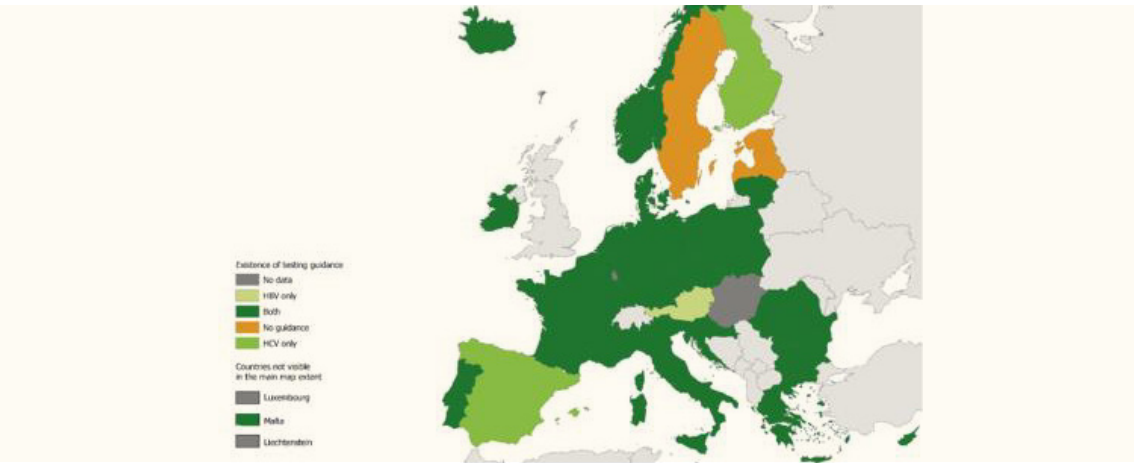
43. World Health Organization. (2017). Global hepatitis report 2017. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/255016.
44. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries - 2020 data.Stockholm: ECDC; 2022

Figura 18. **Existência de Plano ou Estratégia Nacional que abrange uma resposta às hepatites virais e financiamento para implementação do Pano/Estratégia na UE/EEE em 2020**



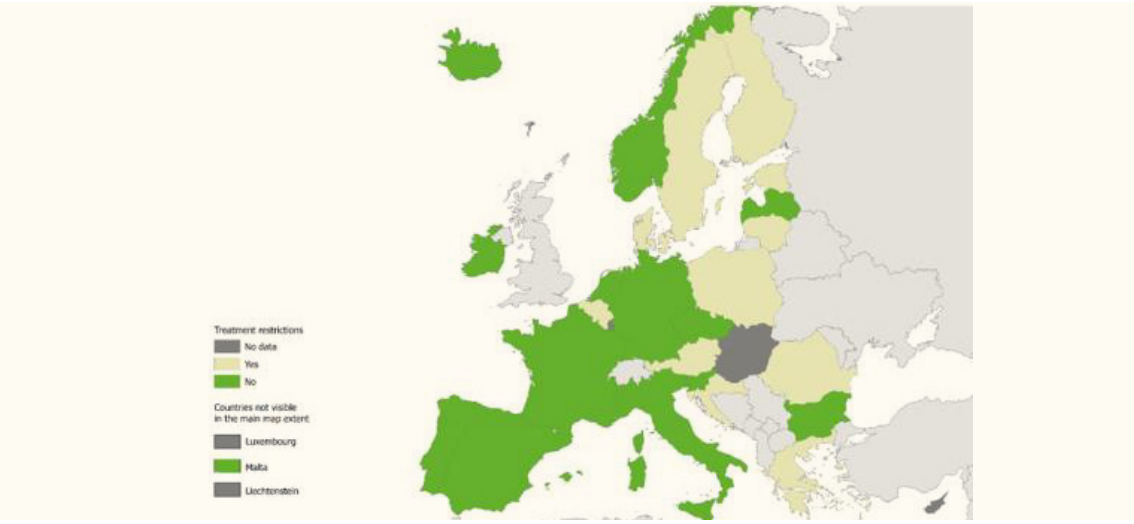
Fonte: ECDC, 2022

Figura 19. **Existência de orientações nacionais de testagem para VHB e VHC na UE/EEE em 2021**



Fonte: ECDC, 2022

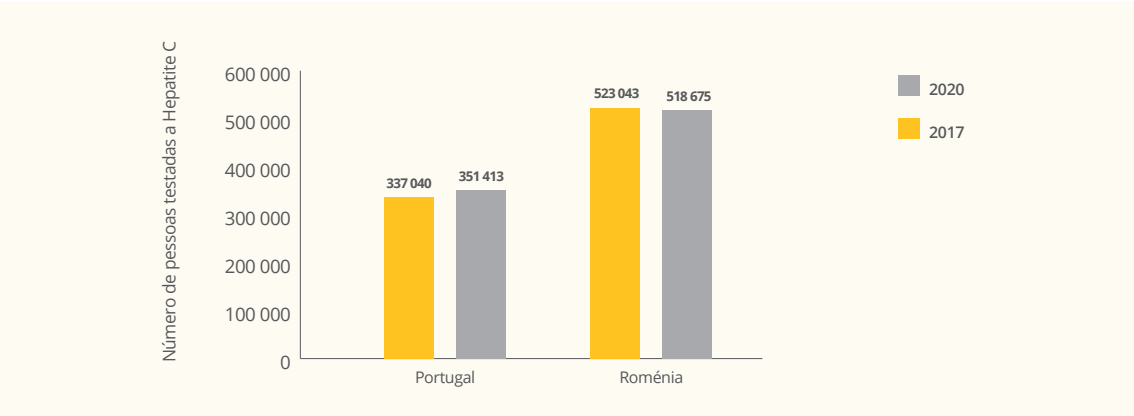
Figura 20. **Existência de restrições no acesso ao tratamento de VHB e VHC na UE/EEE em 2020**



Fonte: ECDC, 2022

Portugal aparece destacado, a par com a Roménia, como os países que realizaram mais testes de AgHBs e de anti-VHC em 2017 e 2020, apresentando mesmo um aumento no número de testes em 2020, não obstante o contexto pandémico da COVID-19.

Figura 21. **Número de pessoas testadas para a Hepatite C (anti-VHC) em Portugal e na Roménia em 2018 e 2020**



Fonte: ECDC, 2022

II. Atividades realizadas

A monitorização da resposta nacional às hepatites virais no que diz respeito à sua abrangência e tipologia, nas vertentes da prevenção, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento, é fundamental para a avaliação do impacto das opções assumidas e das intervenções implementadas. Esta resposta ultrapassa grandemente as atribuições do Programa Nacional para as Hepatites Virais, encontrando-se alicerçada no Serviço Nacional de Saúde nos seus diferentes níveis de prestação de cuidados, complementada pela ação concertada de diferentes organismos do setor público e privado.

Este capítulo é dedicado à descrição das ações desenvolvidas e dos resultados alcançados na abordagem das hepatites em Portugal, no período de 2017-2021.

1. Prevenção

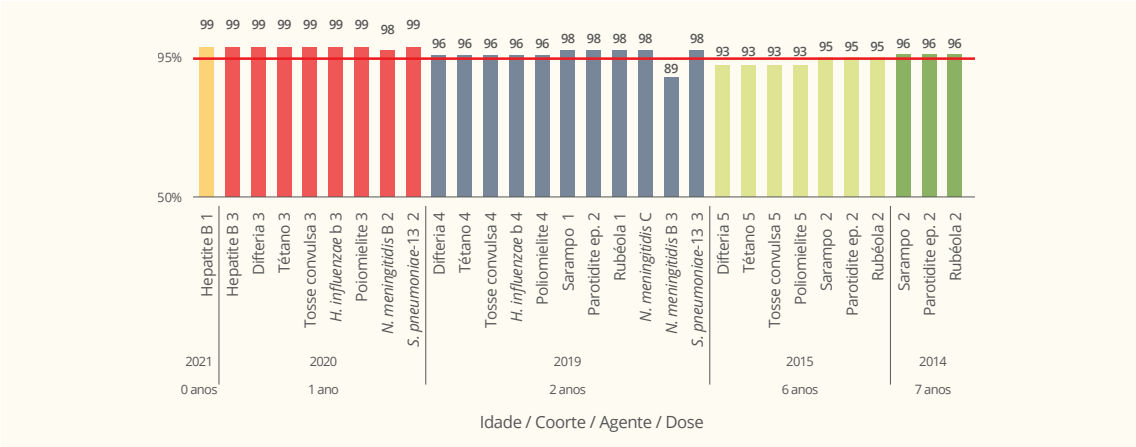
A medida preventiva mais eficaz contra a infeção pelo vírus da hepatite A e hepatite B é a vacina. Para os restantes 3 vírus (C, D e E) não existem vacinas, embora a infeção pelo vírus da hepatite D possa ser prevenida da mesma forma que se previne a infeção por hepatite B, tendo verificado uma diminuição do número de infeções, a partir da implementação da vacinação contra a hepatite B.

Para a vacina da hepatite A, o Programa pretende advogar pela vacinação de populações em situação de maior risco como é o caso dos Homens que têm Sexo com Homens (HSH), viajantes para Ásia e África, militares e desportistas de alta competição, entre outros.

Em Portugal, a vacina contra a hepatite B integra o Programa Nacional de Vacinação, tendo sido implementada, em 1994 para grupos de risco e para o grupo dos 11 aos 13 anos de idade e, a partir do ano 2000, ao nascimento, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de vacinar todas as crianças recém-nascidas, com o esquema de administração de 3 doses: a primeira dose administrada ao nascimento, a segunda aos 2 meses de idade e a terceira aos 6 meses de idade. Está recomendada a sua administração a todos os grupos de risco.[45, 46]

Em 2021, a vacinação com a primeira dose contra a hepatite B atingiu a cobertura de 99%.

Figura 22. **Programa Nacional de Vacinação - Esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte, agente patogénico e dose. Avaliação 2021, no Continente**



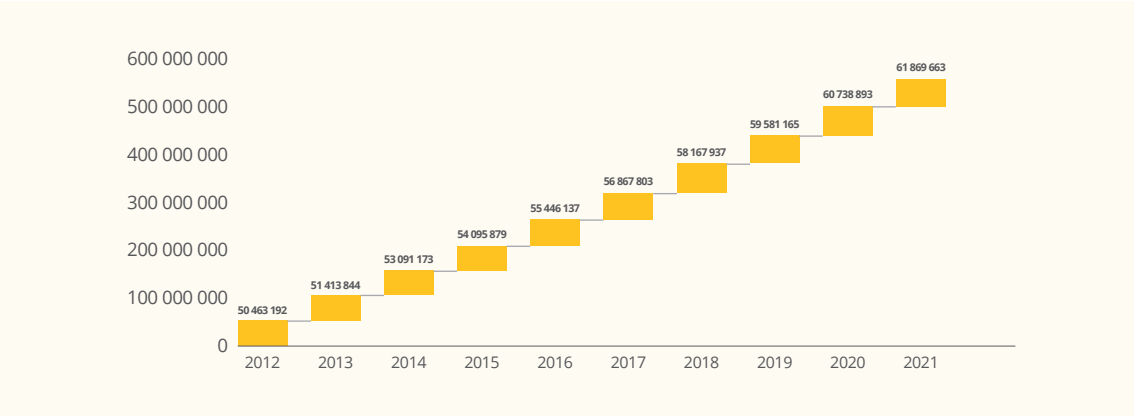
Fonte: VACINAS

O CDC recomenda a vacinação para a hepatite B em todos os adultos até aos 60 anos de idade.[47]

Uma das medidas mais robustas de prevenção da transmissão do vírus da hepatite C assenta no Programa Troca de Seringas (PTS) "Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão", criado em 1993 e que 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, ano da criação do PTS até 31 de dezembro de 2021 foram reportadas 61.869.663 seringas, como apresentado no gráfico seguinte.

45. https://dre.pt/application/conteudo/127608823"Programa Nacional de Vacinação 2020
46. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx
47. 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.

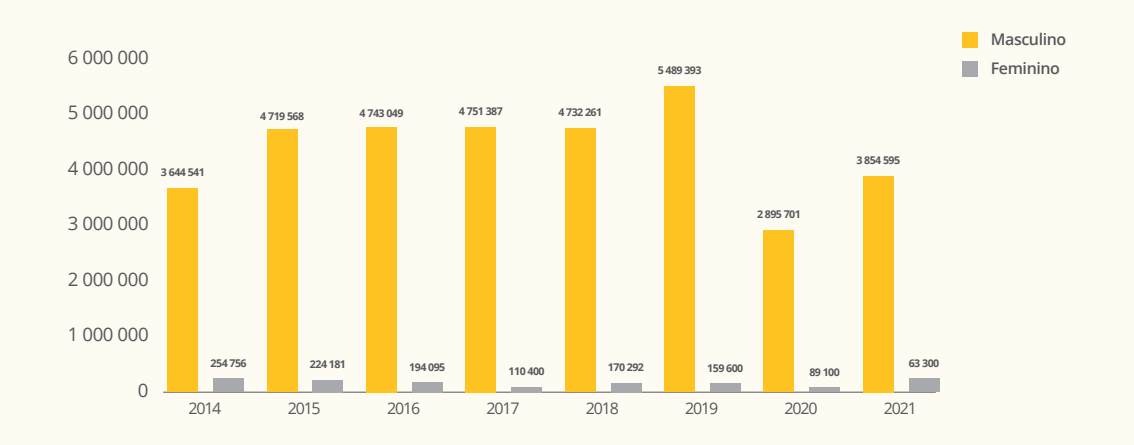
Figura 23. **Número total de seringas distribuídas em Portugal desde a implementação do Programa Troca de Seringas "DIz não a uma Seringa em Segunda Mão"**



Fonte: Programa Troca de Seringas – DGS/SPMS

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 2015 e 2018, distribuíram-se cerca de 5 milhões de preservativos masculinos e femininos, por ano, registando-se um aumento de 15% no número de preservativos distribuídos em 2019, comparativamente a 2018. Com a situação pandémica provocada pela pandemia por SARS-CoV2, em 2020 e 2021, registou-se uma redução significativa na distribuição deste tipo de materiais de 47% e 31% respetivamente, quando comparados com o ano de 2019 (pré-pandemia). De salientar que os números registados em 2021 assinalam já o esforço do País em retomar as respostas de prevenção, procurando assegurar o acesso da população a esses materiais, mesmo que ainda em contexto pandémico.

Figura 24. **Número de preservativos masculinos e femininos distribuídos, 2014 - 2021**



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

2. 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.

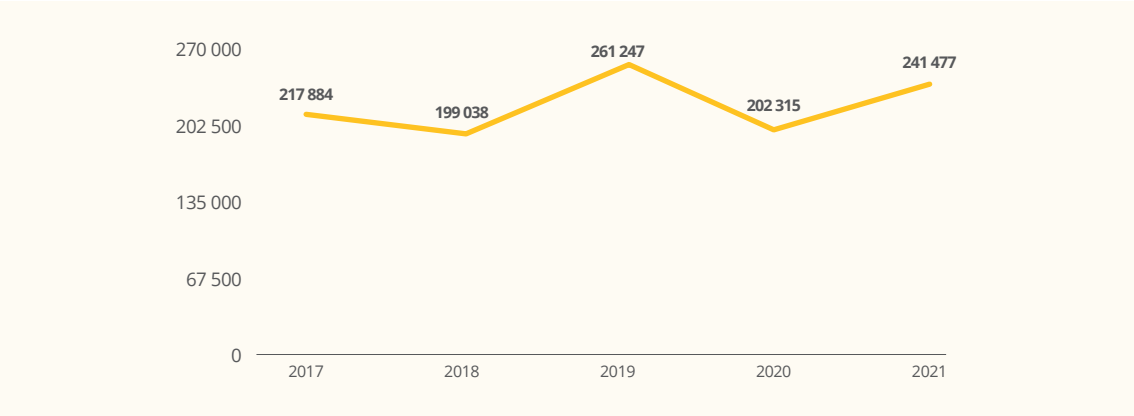
2.1. Testes de VHB e VHC prescritos

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.

2.1.1. Nos Cuidados de Saúde Primários

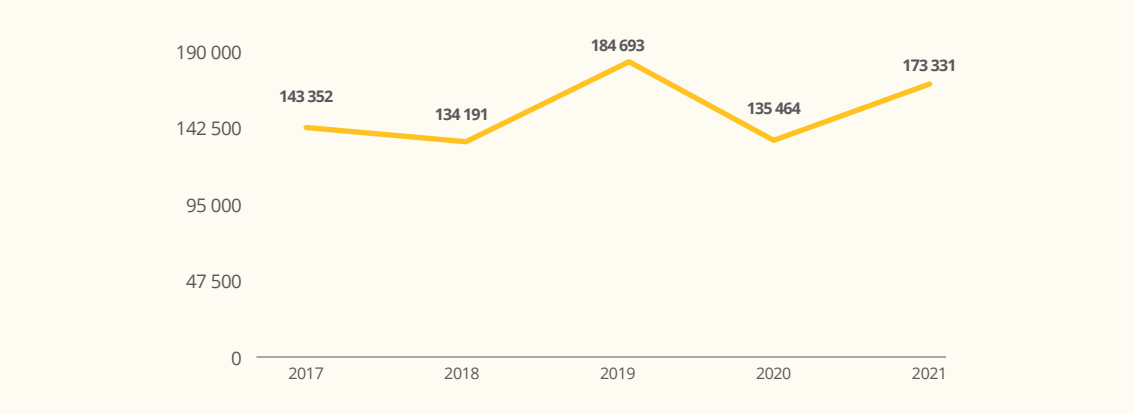
Ao nível dos cuidados de saúde primários, os dados disponíveis indicam que em 2021, foram prescritos 241 477 testes de AgHBs e 173 331 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC, verificando-se um aumento de 19% e 27%, respetivamente, quando comparados com o ano de 2020.

Figura 25. **Número de testes de AgHBs prescritos nos Cuidados de Saúde Primários**



Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

Figura 26. **Número de testes de anti-VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários**

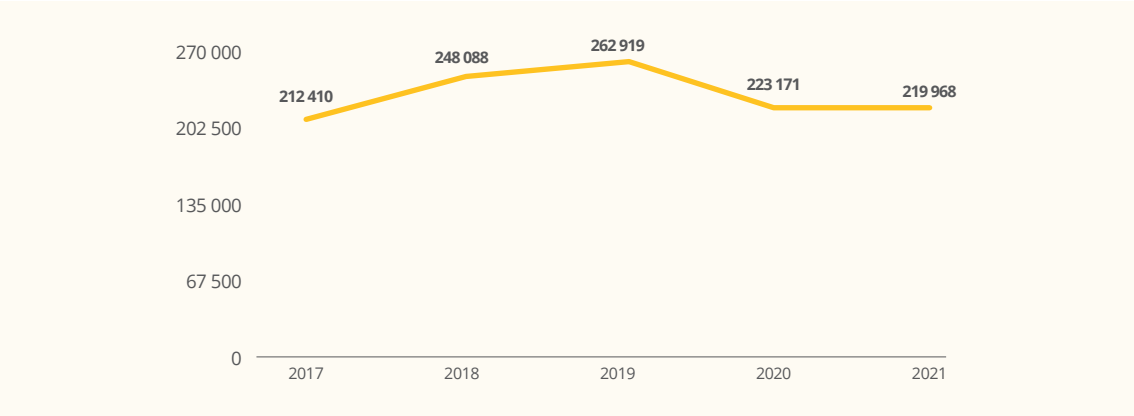


Fonte: ACSS, DPS – SDM@SNS

2.1.2. Nos Hospitais

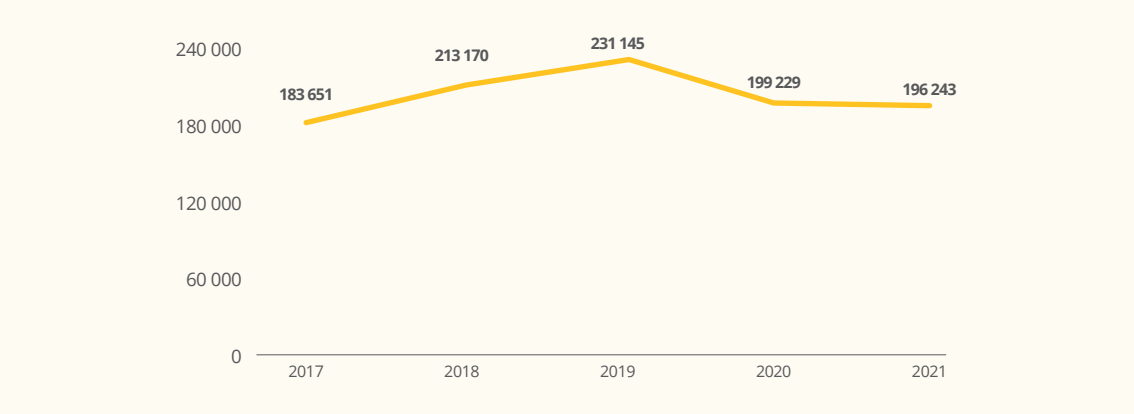
Os dados extraídos do SONHO© informam que em 2021, foram prescritos 219 968 testes de AgHBs e 196 243 testes anti-VHC, não se registando alterações significativas no número de testes realizados quando comparados com o ano de 2020.

Figura 27. **Número de testes de AgHBs prescritos em contexto hospitalar**



Fonte: SONHO©

Figura 28. **Número de testes de anti-VHC prescritos em contexto hospitalar**



Fonte: SONHO©

2.2. 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.

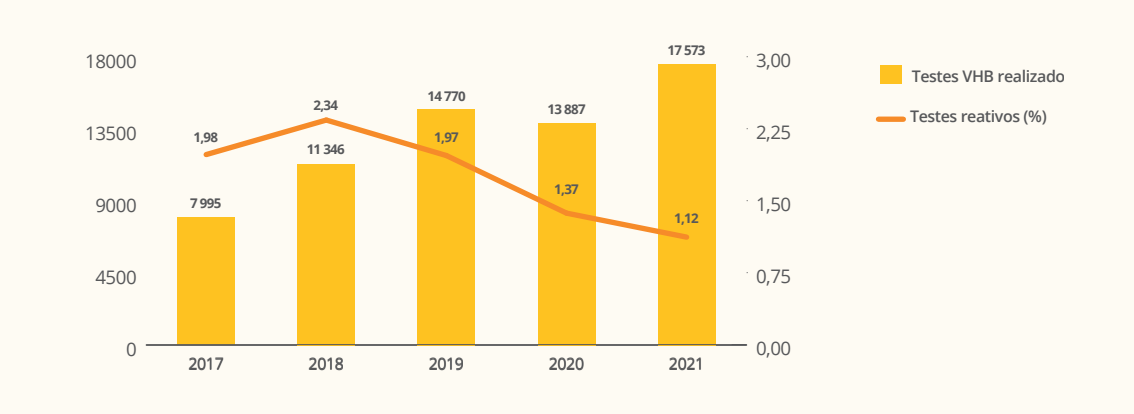
Em 2016, foi implementada em Portugal a estratégia de disponibilização do teste rápido com recurso ao teste rápido de VHB e VHC, em populações mais vulneráveis,

Tem existido um forte envolvimento e intervenções de proximidade das organizações da sociedade civil, designadamente as organizações não-governamentais e de base comunitária, assim como as associações de e para doentes.

Através dos projetos desenvolvidos por organizações de base comunitária financiadas pela DGS e no âmbito do Acordo entre o Grupo de Ativistas sobre Tratamentos (GAT) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tem-se verificado tendência crescente anual do número de testes rápidos realizados. Em 2021 atingiu-se o total de 17 573 testes de AgHBs e de 22 820 testes de anticorpo anti-VHC, com uma prevalência de 1,12% e de 1,09% de resultados reativos, respetivamente. Os dados de 2021 mostram uma recuperação na tendência crescente do número de testes realizados nestes contextos, ultrapassando mesmo os dados de 2019.

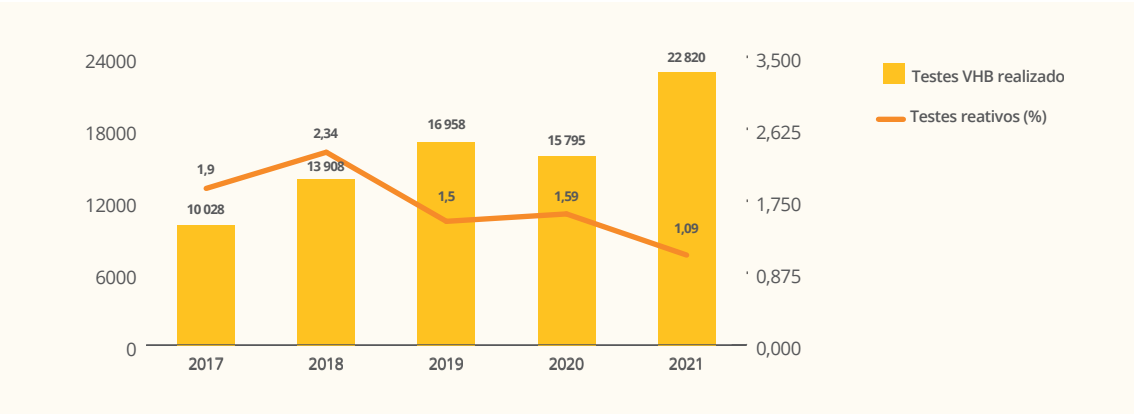
De forma sustentada, a proporção de casos reativos identificados tem vindo a diminuir anualmente.

Figura 29. **Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos**



Fonte: Direção-Geral da Saúde

Figura 30. **Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos**



Fonte: Direção-Geral da Saúde

A Rede de Rastreio Comunitária é constituída por várias organizações não-governamentais e de base comunitária, com intervenções de prevenção e rastreio da infeção pelo VIH, vírus das hepatites B e C e sífilis, ligação aos cuidados de saúde para o acesso ao diagnóstico, tratamento ou profilaxia.

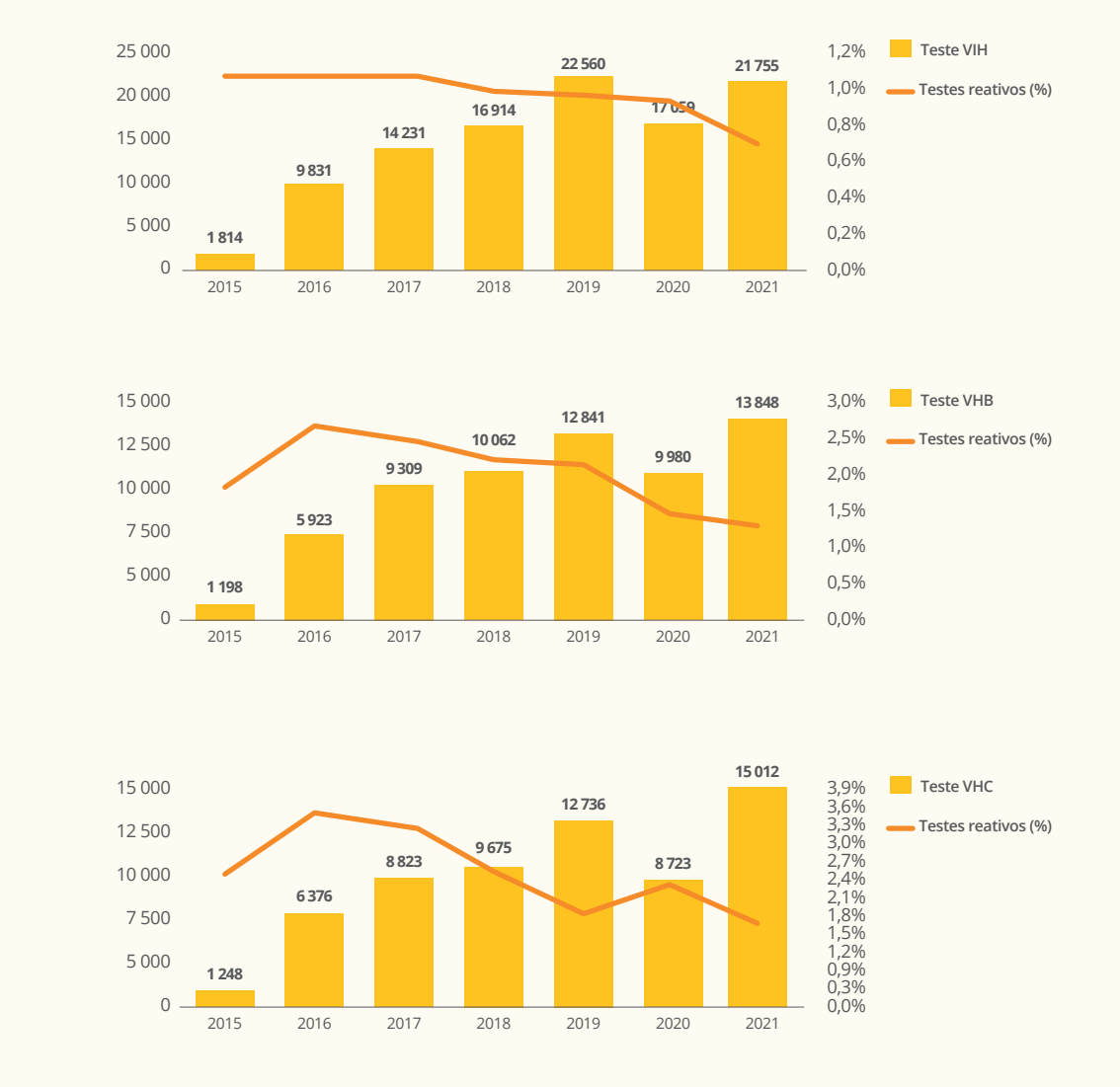
As intervenções abrangem populações chave designadamente, homens que têm sexo com homens, pessoas trans, pessoas que usam drogas, pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas que fazem trabalho sexual e migrantes.

A Rede é promovida pelo GAT em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e integra 17 organizações, das quais 11 contam com o apoio financeiro da DGS para a implementação e desenvolvimento das suas intervenções.

Recolhe informação padronizada dos seus parceiros nos momentos de rastreio, permitindo gerar vigilância epidemiológica de segunda geração e granular para as infeções rastreadas nos grupos prioritários.

Dos dados mais recentes disponibilizados, salienta-se a elevada prevalência dos marcadores da hepatite B nos migrantes, da hepatite C nos utilizadores de drogas e a redução progressiva da prevalência dos marcadores ao longo dos anos cifrando-se agora em prevalências perto de 1,2% para a hepatite B e 1,4% para a hepatite C.

Figura 31. **Evolução dos rastreios e resultados reativos por tipo de infeção, 2015 – 2021**



Fonte: Grupo de Ativistas em Tratamentos

2.3. Testes rápidos de VHB e VHC em farmácias comunitárias

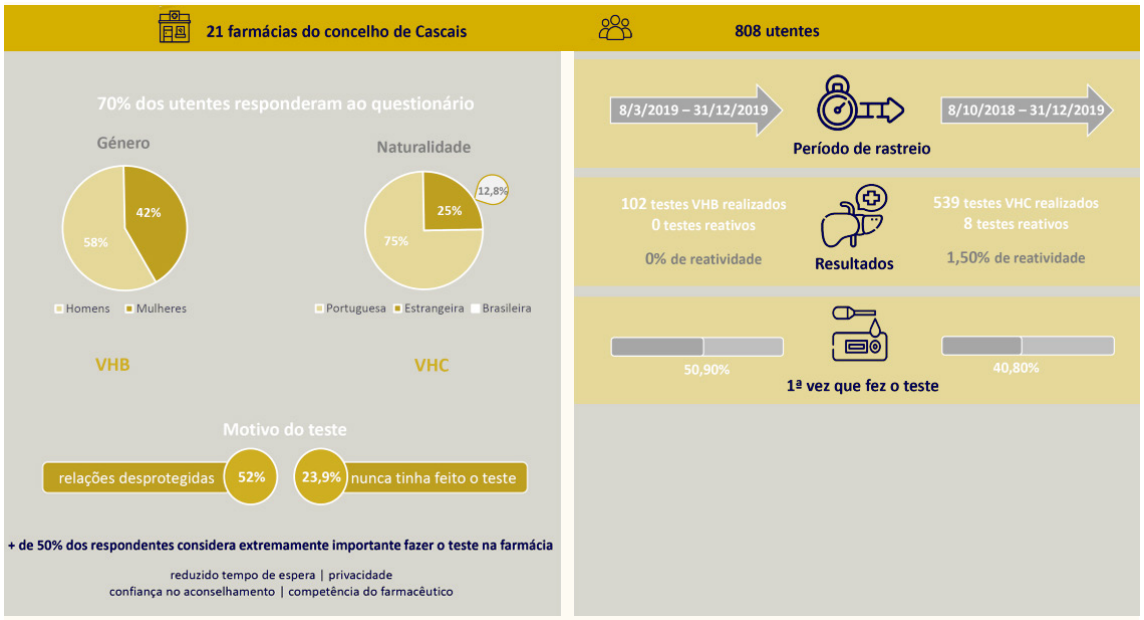
O Despacho 2522/2018, de 12 de março, e as circulares normativas conjuntas da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 30 de abril e de 24 de agosto de 2018, passaram a autorizar a realização de testes rápidos de VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.

A implementação desta estratégia ocorreu apenas em Cascais, com a realização de testes rápidos de pesquisa de anticorpo anti-VHC em outubro de 2018, e de testes de pesquisa de antigénio de superfície para o vírus da hepatite B em março de 2019, em 21 farmácias do concelho, englobados no contexto da iniciativa "*Fast Track Cities*".

De acordo com os dados disponibilizados pela Associação Nacional das Farmácias, entre outubro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, foram realizados 539 testes rápidos para VHC e 102 para VHB, com proporções de resultados reativos de 1,5% para VHC e de 0,00% para VHB. Os testes para VHB e VHC foram realizados pela primeira vez por 50,9% e 40,8% das pessoas rastreadas, respetivamente, e, maioritariamente por homens (59%). Mais de 50% dos utentes consideraram extremamente importante o contexto da farmácia comunitária para a realização do teste, pelo reduzido tempo de espera de atendimento, pela privacidade e confiança no aconselhamento e pela competência do farmacêutico.

O PNHV entende que esta prática da realização de testes em farmácias deve ser implementada com mais determinação e amplitude.

Figura 32. **Número de testes rápidos AgHBs e anti-VHC realizados em farmácias comunitárias do concelho de Cascais**



Fonte: Adaptado de CEFAR/ANF

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

As Salas de Consumo Assistido estão previstas no Decreto-Lei 183/2001, 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 Lisboa estão a funcionar 2 programas de consumo vigiado (1 móvel e 1 fixo) implementados em abril de 2019 e maio de 2021, respetivamente.

Estes programas contribuem significativamente 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.

Esta população apresenta, por norma, prevalências elevadas de doenças infeciosas 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, consequentemente, a ligação das pessoas infetadas aos cuidados de saúde, garantindo assim o tratamento e a cura, no caso da hepatite C.

2.4.1. Sala de Apoio Integrado em Lisboa – Programa de Consumo Vigiado

A Sala de Apoio Integrado é um serviço que promove práticas de consumo mais seguras e asséticas para utilizadores de drogas por via injetada e fumada que até então consumiam em contexto de rua, através da valência Programa de Consumo Vigiado. Disponibiliza igualmente cuidados básicos de saúde, rastreio de doenças infeciosas e apoio psicossocial.

Promovida pela Câmara Municipal de Lisboa e sob a gestão técnica da Associação Ares do Pinhal, este serviço tem apostado na realização de testes rápidos de VIH, VHB e VHC junto desta população. Até à data, num universo de 1 400 utentes registados, já foram testados 42% (591), tendo sido identificados, 285 resultados reativos para o anti-VHC (dos quais 10 testaram positivo pela primeira vez) e 20 resultados positivos para AgHBs, correspondendo a proporções de resultados positivos de 48% e 3,3%, respetivamente, demonstrando elevadas proporções de resultados positivos nesta população.

2.4.2. Programa Móvel de Consumo Vigiado em Lisboa

O Programa Móvel de Consumo Vigiado, sob a gestão do GAT e da Médicos do Mundo, em parceria com a Câmara Municipal de Lisboa, disponibiliza serviços de consumo supervisionado, de recolha e distribuição de material de consumo, prestação de cuidados de saúde primários, rastreio de VIH, hepatites B e C, e sífilis, com recurso ao teste rápido, atendimento psicossocial e apoio por pares e encaminhamento e acompanhamento a outros serviços.

Entre abril de 2019 e dezembro de 2021 foram realizados 377 testes de VHB e 314 testes de VHC, não só em pessoas que utilizam drogas e que recorreram à unidade móvel, mas também em pessoas da comunidade em geral. Foram identificados 69 casos positivos para o VHC, e 5 casos com resultado reativo para VHB, que correspondem a 18,30% e 1,59% de resultados positivos. Contudo, é de realçar que estes dados não refletem a prevalência destas infeções nas populações utilizadoras de drogas, podendo mesmo ser mais elevadas.

Quando se analisam os dados relativos ao estatuto auto-reportado dessas infeções nos utentes inscritos até 31 de dezembro de 2021, encontram-se globalmente prevalências mais elevadas em pessoas utilizadoras de drogas injetáveis nos últimos 12 meses para o VHC e VHB, quando comparadas com as restantes categorias populacionais.

Tabela 5. **Estatuto serológico positivo auto-reportado (N=175; todos os utentes inscritos até 31 de dezembro 2021)**

Infeção	Todos os utentes		UDI		UD		NUD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
VIH	39	16,96	28	21,05	10	12,50	1	5,88
VHC	97	42,36	69	51,11	26	33,33	2	12,50
VHB	9	4,21	6	4,96	2	2,60	1	6,25
Sífilis	5	2,46	4	3,51	1	1,37	0	0,00

UDI - utilizador de drogas injetadas nos últimos 12 meses
UD - utilizador de drogas (exclui injetores) nos últimos 12 meses
NUD - não utilizador de drogas nos últimos 12 meses (pode incluir ex-utilizadores)
Fonte: Programa Móvel de Consumo Assistido de Lisboa

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 nº 027/2017. Avaliação Diagnóstica da Infeção por Vírus da Hepatite C[48]
- Norma nº 028/2017. Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto[49]

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 .test, 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)[50]

3.1. 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.

3.1.1. Portal do Tratamento da Hepatite C

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 30 086 tratamentos, dos quais 28 844 já foram iniciados.

48. https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/12/28/avaliacao-diagnostica-da-infecao-por-virus-da-hepatite-c/

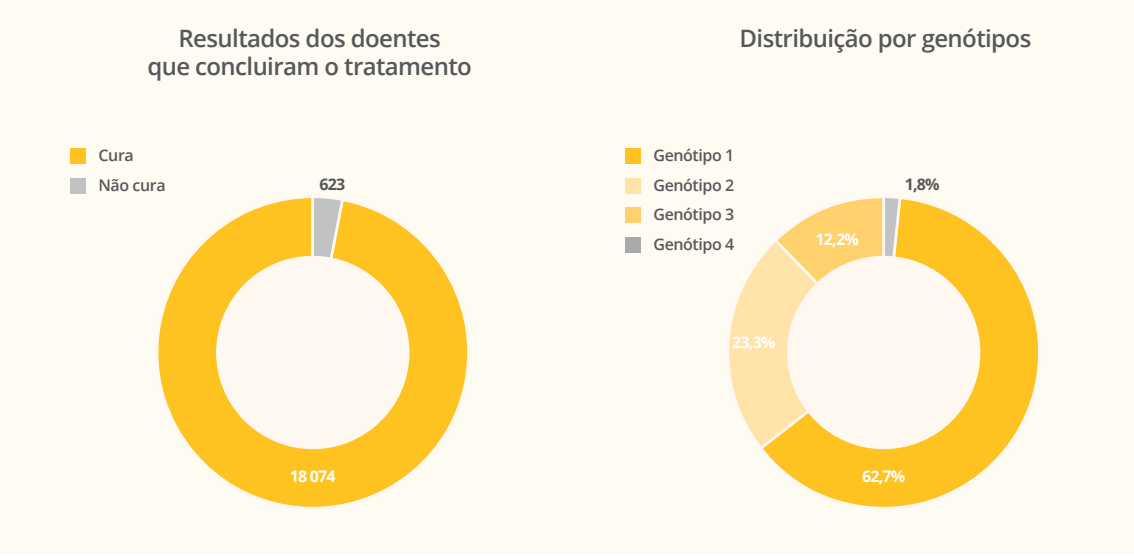
49. https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/12/28/tratamento-da-hepatite-c-cronica-no-adulto/
50. European Medicines Agency. Hepcludex: bulevirtide,, https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex, acesso julho 2022

Figura 33. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015 - 2021**

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= 18 697), verifica-se que 18 074 estão curados (96,7%) contra 623 doentes não curados (3,3%).

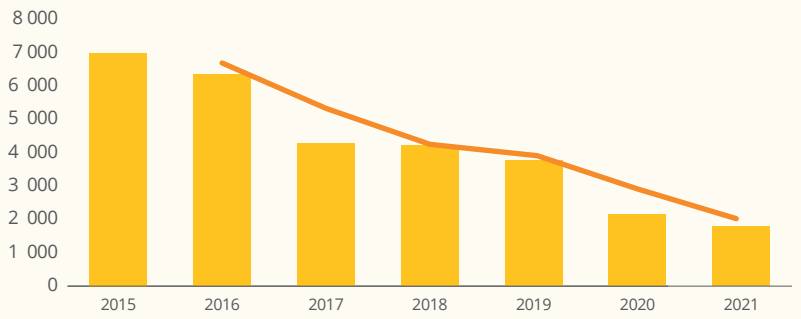
Figura 34. **Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015 - 2021**



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Da avaliação da evolução do número de tratamentos por ano, destaca-se uma redução superior a 40% no número de tratamentos iniciados nos anos 2020 e 2021, podendo refletir o impacto da pandemia COVID-19.

Figura 35. **Número de tratamentos de hepatite C iniciados por ano, 2015 - 2021**

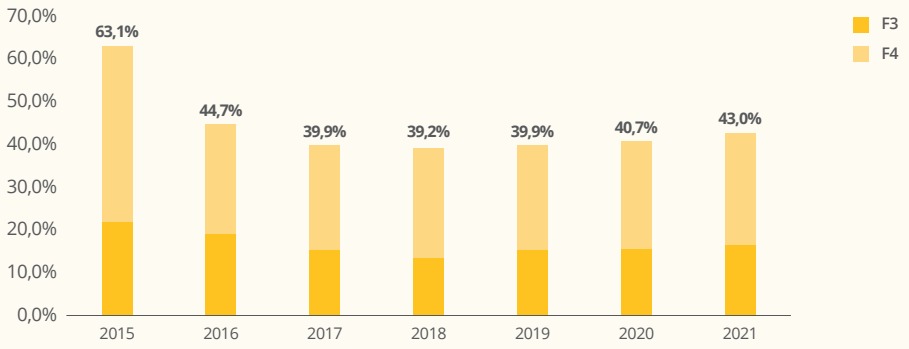


Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Importa, contudo, salientar o aumento do número de testes de anticorpo anti-VHC realizados no ano 2021, traduzindo já uma retoma da atividade apesar das 2ª e 3ª vagas da pandemia. Ainda assim, da avaliação pelo grau de fibrose, 43% dos doentes apresentava uma fibrose avançada previamente ao início de tratamento (16,6% F3 e 26,4% F4), valor inferior ao verificado nos primeiros 2 anos após disponibilização dos novos AAD.

No entanto, consideramos ser um valor elevado, particularmente a percentagem de cirrose, o que nos leva a pensar que ainda existe um número importante de doentes em risco elevado de CHC pelo que importa unir esforços para diagnosticar os doentes que necessitarão de intervenção médica.

Figura 36. **Percentagem do grau de fibrose F3 e F4 à data de início do tratamento da hepatite C, por ano, 2015 - 2021**



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

O PNHV definiu como prioridade, a renovação do Portal, a equidade e acessibilidade à medicação antiviral. Nesse sentido, o Programa tem reunido com o INFARMED e com a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, no sentido de simplificar o Portal de registo da hepatite C e de facilitar e reforçar a equidade do acesso à medicação.

3.3. Tratamento da Hepatite C em contexto Prisional

Portugal reúne todas as condições para poder eliminar a hepatite C enquanto problema de Saúde Pública até 2030. Por forma a se atingir este desiderato já foram tomadas diversas decisões, de entre as quais se sublinham a decisão de tratar todos os que vivem com esta doença com os novos antivíricos de ação direta.

Um dos principais focos são as populações em situação de maior vulnerabilidade, como é o caso da população reclusa onde se verificam elevadas prevalências de doenças infeciosas.

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

Os valores de elevada prevalência e, a disponibilidade em Portugal do tratamento com novos antivirais de ação direta com taxa de sucesso terapêutico próximo dos 97%, conduziram à prossecução do objetivo de eliminar a hepatite C nos estabelecimentos prisionais plasmado no Despacho 6542/2017 de 28 de julho e no Despacho 283/2018 de 5 de janeiro. Foi assim estabelecida a rede para a prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS, no âmbito das infeções por VIH, VHB e VHC, à população reclusa, abrangendo todos os estabelecimentos prisionais situados no continente (45) e 28 unidades hospitalares.

Este modelo teve o seu início em 2017 através da criação de um projeto piloto entre o Centro Hospitalar e Universitário de São João e o Estabelecimento Prisional de Porto. Reconhecido como uma boa prática, o projeto foi posteriormente expandido a nível nacional, nos termos dos Despachos supracitados.

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

A informação disponibilizada pela DGRSP dá conta que em 31 de dezembro de 2021, os protocolos encontravam-se implementados na sua grande maioria, com exceção do EP de Évora e o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE e, entre o EP de Aveiro e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.

No primeiro caso, a não implementação do protocolo decorre da falta de condições logísticas do EP e do reduzido número de casos que se têm verificado (apenas 2 casos de HIV e 1 de hepatite C desde o início do protocolo, com acompanhamento no Hospital do Espírito Santo de Évora.

Relativamente ao EP de Aveiro, as razões prendem-se com aspetos de ordem técnica/informática, que não permitem a que no EP a entidade hospitalar tenha acesso à sua rede interna (acesso às plataformas informáticas). No entanto, todos os casos que surgem, são acompanhados no Centro Hospitalar, procedendo o EP à deslocação dos reclusos, para o efeito.

A recolha nacional de dados objetivos junto dos centros hospitalares/hospitais foi complexa urgindo a necessidade de criar uma estratégia para recolha organizada e uniformizada de dados.

Dos 28 centros hospitalares/hospitais envolvidos, foi possível recolher dados de 24, a nível nacional. Estes dados informam que, desde a implementação dos protocolos, foram realizadas 1 986 consultas nos estabelecimentos prisionais. Foram identificados 601 reclusos com anticorpo VHC positivo, dos quais 455 reclusos apresentavam RNA positivo (quer monoinfetados quer em doentes com co-infeção VIH).

Os genótipos mais frequentemente observados foram o genótipo 1a (48%), 3 (29%) e 4 (15%), e a maioria dos doentes não apresentavam fibrose significativa.

Foram iniciados 398 tratamentos (glecaprevir/pibrentasvir em 36%, sofosbuvir/velpatasvir em 29%, elbasvir/grazoprevir em 20% e sofosbuvir/ledispavir em 15%) e documentou-se a resposta virológica sustentada em 331 doentes. A ausência de resposta ao tratamento verificou-se em menos de 1% dos casos, salientando-se, no entanto, algumas dificuldades na documentação da cura principalmente devido à transferência de doentes entre estabelecimentos prisionais ou saída em liberdade. Assim, é fundamental a criação de uma rede nacional de forma a ser possível manter o total controlo desde o diagnóstico até à documentação de cura de maneira a melhor cuidar e seguir os nossos doentes.

O modelo português de tratamento de hepatite C, através de uma força motriz nacional, é sem dúvida um dos grandes exemplos a nível mundial de uma estratégia ambiciosa de grande sucesso que visa permitir a eliminação da hepatite C em 2030.

É para o PNHV um imperativo humanitário e de respeito pelos direitos humanos o foco nesta iniciativa nacional.

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, 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 no rastreio e 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.

4.1. Formação

No âmbito da promoção da literacia sobre hepatites virais, o PNHV dinamizou o Curso de Formação em Doenças Hepáticas, nos dias 20 e 21 de maio de 2022, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde, técnicos das organizações e pares que trabalham na área das hepatites.

As organizações não-governamentais e de base comunitária e as associações de doentes são parceiros fundamentais, cuja intervenção é necessária em todas as fases do planeamento da resposta às hepatites virais. Disponibilizam um conjunto de serviços essenciais às populações vulneráveis, pelo que a capacitação e atualização dos seus técnicos e pares nesta área se reveste de grande importância para a qualidade das suas intervenções.

A formação em hepatologia para profissionais de saúde revela-se igualmente importante numa perspetiva de *task-shifting*, incluindo a aprendizagem em elastografia hepática que permite avaliar a saúde do fígado (cirrose sim ou não) de forma rápida, precisa e indolor.

O Curso de Formação em Doenças Hepáticas contou com a colaboração de 12 formadores altamente especializados nas áreas de gastroenterologia, hepatologia, saúde pública e medicina geral e familiar, entre outras áreas de conhecimento.

A adesão e interesse no curso superaram as expetativas havendo cerca de 350 inscritos e mais de 260 participantes provenientes de várias regiões do país. A avaliação da formação demonstrou um elevado nível de satisfação, na qual 93% dos participantes manifestaram uma apreciação positiva. Os participantes consideraram a formação útil para profissionais de saúde e técnicos comunitários, sendo que 99% recomendariam o curso a outros profissionais. Como sugestão de temas a abordar no futuro destacaram-se as afeções do fígado, pâncreas e vesícula biliar, o álcool e os indicadores analíticos relativos às hepatites virais e aos testes de função hepática.

Ao longo dos dois dias de formação foram abordadas as hepatites virais, epidemiologia, diagnóstico, Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), prevenção e tratamento, bem como, pela sua atualidade, a ocorrência de casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida em crianças. No decorrer do curso ficou bem clara a importância do fígado enquanto órgão vital e as várias agressões que o podem afetar, muito para além dos vírus.

No âmbito da iniciativa Fast Track Cities, a Liga Portuguesa Contra a SIDA organizou uma ação de formação, nos dias 12 e 19 de abril de 2022, com o tema "Hepatites Virais", dinamizada pelo Diretor do PNHV. Esta formação teve a duração de três horas, decorreu em formato online e contou com cerca de 60 participantes. Esta ação teve um cunho inovador, já que os conteúdos abordados na formação incluíram sugestões e questões colocadas previamente pelos formandos, sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento terapêutico de pessoas que vivem com hepatites virais. As iniciativas desenvolvidas pela sociedade civil são fundamentais para conseguir alcançar públicos diversificados, pela sua proximidade com a comunidade e com as pessoas mais vulneráveis, fortalecendo o trabalho em rede e a inclusão de todos e todas no cumprimento dos objetivos.

Nos dias 4 de maio e 8 de junho do ano corrente, realizaram-se duas ações de formação na Caritas Diocesana de Coimbra, com o apoio da Equipa Reduz, direcionadas aos utentes apoiados por aquela ONG, intituladas " Hepatites e VIH- Como cuidar de nós!". Estas tiveram a duração de 1 hora, tendo estado presentes 12 e 16 utentes respetivamente.

4.2. Semana Europeia do Teste

Nos dias 22 a 29 de novembro de 2021 e 16 a 23 de maio de 2022, 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 mostrou a resiliência dos serviços de apoio às pessoas durante a pandemia COVID-19. 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 (Figura 37), nas quais se destaca a importância de realizar o teste para as hepatites virais pelo menos uma vez na vida, 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 37. **Infografias Campanha Semana Europeia do Teste, Outono de 2021**

4.3. Dia Mundial das Hepatites

O Dia Mundial das Hepatites é promovido pela organização World Hepatitis Alliance, que engloba organizações em 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 2021, à comemoração do Dia Mundial das Hepatites em Portugal, com o objetivo de sensibilizar a população sobre prevenção da transmissão das Hepatites Virais, o seu diagnóstico e cura.

Sob o tema da campanha, "As Hepatites não podem esperar" em 2021, destacou-se a necessidade de acelerar os esforços de eliminação da hepatite, especialmente durante a pandemia COVID-19. Esta data comemorativa serviu para incentivar a população a realizar o rastreio às hepatites virais, aderir ao tratamento precoce e promover a vacinação contra a Hepatite B, através de uma campanha difundida nas redes sociais (Figura 38).

Figura 38. **Infografias Dia Mundial das Hepatites 2021**

Em 2022, está previsto um conjunto de iniciativas para a comemoração do Dia Mundial das Hepatites, programadas ao longo de uma semana, culminando na apresentação pública do Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2022, com os principais dados epidemiológicos das hepatites em Portugal e as orientações programáticas 2022 - 2024.

No campo da literacia em saúde foram desenvolvidos materiais gráficos, na forma de infografias e banners, para serem amplamente difundidos nas redes sociais. Além do material digital, foi também assegurada a participação em programas dos meios de comunicação social, de modo a transmitir a mesma mensagem sob diversos formatos, destinada a diferentes públicos, abrangendo vários grupos etários, géneros, níveis de literacia e áreas geográficas.

Com vista à abrangência geográfica, serão desenvolvidas iniciativas de testes rápidos e de elastografia hepática em áreas camarárias/públicas preparadas para o efeito, em pareceria com ONG e voluntários, assim como, foram envolvidos os municípios da iniciativa Fast Track Cities para a divulgação 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. As iniciativas terão lugar em Lisboa, Porto, Coimbra, Funchal, Almada, Beja e Évora.

4.4. Site

O microsite do programa www.dgs.pt/hepatites foi reformulado com vista à atualização da informação decorrente do Despacho nº 9215/2021 de 17 de setembro da Diretora-Geral da Saúde que conferiu novas atribuições à Direção do Programa. Pretende-se uma forte aposta no microsite, enquanto ferramenta de comunicação e de promoção da literacia em Saúde, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Figura 39. **Homepage do microsite PNHV**

5. Participações Nacionais e Internacionais

O PNHV participou em reuniões com vários parceiros nacionais e internacionais com vários objetivos: preparação da estratégia, benchmarking, colaboração em projetos comuns, divulgação das boas práticas nacionais.

Reuniões Nacionais

- Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado
- Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (ATARP)
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
- Ares-do-Pinhal
- Associação Positivo
- Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde AJPAS
- Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social
- Associação Nacional de Estudantes de Medicina
- Associação Abraço
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- Câmara Municipal do Porto
- Câmara Municipal de Lisboa
- Câmara Municipal de Coimbra
- Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
- Crescer
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- Equipa de Tratamento Agualva Cacém
- EU4Health Programme 2021-2027
- Europacólon
- Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA
- Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, tuberculose e hepatites virais
- Grupo de Ativistas em Tratamentos
- Hospital de Cascais – Programa Focus
- Instituto Nacional do Sangue e da Transplantação
- Liga Portuguesa contra a SIDA
- Newsfarma
- Programa FOCUS
- Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil - Madeira
- Serviços de Saúde dos Açores -Secretaria regional da Saúde e do Desporto
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Plano Nacional de Saúde
- Rotários (Subcomissão Hepatite Zero)
- Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear
- Sociedade Portuguesa de Pediatria

Destaca-se a entrada nesta área das hepatites virais, mais focada na hepatite C, dos Rotários, com projeto de âmbito internacional. Têm promovido a realização de sessões de divulgação, realização de testes de diagnóstico e rastreio e desenvolvido parcerias com algumas ONGs, nomeadamente GAT, Crescer, AJPAS, SER+, Arrisca, Alternativa, Ares-do-Pinhal, Conselho Português para os Refugiados, e com os Laboratórios Germano de Sousa. Os Rotários têm larga experiência na área da Saúde, sendo a atividade mais conhecida no âmbito da erradicação da poliomielite.

Reuniões Internacionais

- Achieve
- ASSCAT – *Associació Catalana de Pacients Hepàtics*
- *Coalition for Global Hepatitis Elimination (Member of Task Force for Global Health)*
- ECDC *European Centre for Disease Prevention and Control*
- EMCDDA *European Association for the Study of the Liver*
- *European Patient Liver Association*
- IAPAC - *International Association of Providers of AIDS Care*
- INHSU - *International Network on Health and Hepatitis in Substance Users (INHSU)*
- *Kirby Institute, UNSW, Sidney, Australia*
- Ministério da Saúde Espanhol
- Países Lusófonos: Eliminação das hepatites nos países Lusófonos. Reunião promovida pelos Rotários com a presença de Angola, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau
- Polaris – CDA Foundation
- *World Hepatitis Alliance*

Visitas ao Terreno

- Ares-do-Pinhal – Sala de Apoio Integrado
- Associação Positivo
- AHSEAS - Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social
- Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde AJPAS
- GAT (Lisboa In-Mouraria, Almada, Setúbal)
- Câmara Municipal de Lisboa
- Câmara Municipal de Coimbra
- Crescer
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- Escola Nacional de Saúde Pública
- Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"
- Hospital de Cascais – Programa Focus
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação
- Liga Portuguesa contra a SIDA
- Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil - Direção Regional de Saúde Madeira

Conferências e palestras

O Programa realizou 24 apresentações em conferências, palestras e workshops organizados pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fast-Track Cities, European Liver Patient Association, Organização Mundial de Saúde, World Hepatitis Alliance, Serviço de Doenças Infeciosas do Hospital Curry Cabral, GAT, Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, tuberculose e hepatites virais, Liga Portuguesa Contra a SIDA, GEPCOI (Grupo de Estudos Português da Coinfeção), Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil - Direção Regional de Saúde, *National Hepatology and Tropical Medicine Research Institute* (Egito).

ECDC

O Programa tem procurado estreitar as relações de colaboração e partilha com o ECDC, nomeadamente, através de:

- Nomeação do Operational Contact Point para a área das hepatites virais;

- Participação em várias reuniões para partilha de dados epidemiológicos e discussão estratégica;
- Colaboração em documentos técnicos como é o caso do "*ECDC Monitoring responses to hepatitis B and C epidemics* 2020".[53]

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.

Este importante evento teve lugar no Reino Unido em 2015, no Brasil em 2017 e na Suíça em junho de 2022, dos quais resultaram declarações como a Declaração de Glasgow, a Declaração de São Paulo e a Declaração de 2022, em que se apelou aos estados membros, agências internacionais, sociedade civil e dadores para que se comprometam a priorizar e financiar programas abrangentes de hepatite para que todas as pessoas em todo o mundo, tenham acesso atempado à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados adequados.

Reconhecido o pioneirismo de Portugal na sua resposta nacional à eliminação das hepatites virais, ao se assumir como um dos primeiros países do mundo a aprovar o acesso universal ao tratamento da hepatite C, pelas suas políticas de redução de danos e descriminalização do consumo de drogas, foi convidado a receber a 4ª Cimeira Mundial da Hepatite.

A última Cimeira, realizada na sede da OMS em Genebra, contou com a presença de 750 delegados e 121 países.

Como país anfitrião da 4.ª Cimeira, Portugal terá a oportunidade de partilhar e divulgar os progressos alcançados na saúde e na área das hepatites, reforçar o compromisso conducente à eliminação das hepatites até 2030 e inspirar a continuação do excelente trabalho realizado.

Figura 40. **Cimeira Mundial das Hepatites 2024**

53. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monitoring-responses-to-hepatitis-B-and-C-epidemics-2020-data.pdf

III. Orientações Programáticas 2022 - 2024

Este capítulo apresenta as orientações programáticas para o triénio 2022 – 2024, enquadradas na visão global de eliminação das hepatites virais até 2030. Identifica as principais estratégias a implementar e enumera um conjunto de metas a alcançar, em estreita colaboração com entidades nacionais e internacionais.

1. Enquadramento

As hepatites virais constituem na sua dimensão global um importante problema de saúde pública mundial, europeu e nacional.

Algumas das hepatites virais têm elevado risco de evolução para a cronicidade, acarretando igualmente elevado risco oncológico, para carcinoma hepatocelular.

As hepatites virais e as suas consequências devem se entendidas como um problema global de Saúde Pública na sua dimensão física, mental, familiar e social. Como tantas outras doenças, afetam desproporcionalmente as populações mais vulneráveis, como as em situação de sem-abrigo, as pessoas que usam drogas e álcool, a população em situação de reclusão, migrantes e trabalhadores do sexo.

A "Saúde Hepática" é transversal a muitas outras entidades, devendo ser contextualizada e enquadrada na "Saúde Digestiva" e na Saúde Global.

Enfrentamos desafios importantes em relação aos dados e à sua qualidade bem como relativamente ao sistema de vigilância das hepatites virais. A informação disponível sobre o verdadeiro impacto da doença e suas complicações é escassa e fragmentada, o que tem impacto na qualidade da evidência epidemiológica necessária para a quantificação do progresso das metas a alcançar. Nesta base, este plano de ação deverá ser encarado como a primeira fase de um documento dinâmico, passível de ser ajustado de acordo com a informação emergente. A não robustez de alguns dados não pode ser considerada como um obstáculo, antes pelo contrário, deve constituir um desafio à melhoria da informação e do estado da arte nesta área.

Existem alguns pontos para procurar melhorar a ausência de definições de caso para as diversas hepatites virais, a baixa taxa de notificação de novas infeções pelos profissionais de saúde, as dificuldades relacionadas com a documentação de algumas vias de transmissão, a distinção entre infeção aguda e crónica, e o diagnóstico precoce, dificultado pelo facto da doença ser assintomática durante grande parte da sua história natural.

A co-infeção pelo vírus VIH contribui, em parte, para as particularidades de gestão epidemiológica e clínica das hepatites virais, enquanto problema de saúde pública. A nível global, estima-se que 2,9 milhões de pessoas que vivem com o VIH estejam infetadas com o vírus da hepatite C, e 2,6 milhões com o vírus da hepatite B.[54]

O estigma social associado às hepatites crónicas virais persiste e urge combater. É particularmente relevante a necessidade de aumentar os níveis de literacia em saúde da população, incluindo os profissionais de saúde, sobre a transmissão, prevenção, tratamento e consequências crónicas e mortalidade das infeções por vírus das hepatites, particularmente das infeções por VHC e por VHB.

A resposta às hepatites virais exige um enquadramento multissetorial e multidisciplinar, em que a saúde mantém um papel determinante, justificando a articulação entre diversos Programas Nacionais de Saúde Prioritários e organismos do Ministério da Saúde como sejam o INFARMED, o INSA, o SICAD, a SPMS, a ACSS e as ARS. Por outro lado, deve ser potenciada a partilha de responsabilidades com outras áreas governativas relevantes designadamente da Justiça, da Solidariedade Social e da Educação.

A sociedade civil, nomeadamente as ONG de base comunitária e as associações de doentes nacionais e internacionais, são parceiros fulcrais e fundamentais cujo envolvimento é desejável e necessário em todas as fases de planeamento da resposta às hepatites virais, desde o diagnóstico da situação (incluindo o mapea-

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

mento de necessidades) até à definição de políticas e implementação de estratégias e respetiva monitorização. Pela oferta de serviços que proporcionam a populações vulneráveis, estas organizações gerem "microssistemas de saúde" que asseguram prestação de cuidados adaptados às necessidades destas populações e recolha e análise de dados que possibilitam a investigação científica.

Na estratégia global para as hepatites virais 2016-2021 (*Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis* 2016-2021), a OMS definiu como metas, a redução em 90% do número de novos casos de infeção por hepatite B e C e a redução da mortalidade associada a essas infeções em 65% até 2030, o que corresponde a uma redução de 6-10 milhões de novas infeções para 1 milhão e a uma redução de 1.4 milhões de mortes para menos de 500 000 em 2030. Portugal deve traçar orientações programáticas que visem orientar a ação para os próximos anos, com vista à eliminação das hepatites virais até 2030, enquanto ameaça de saúde pública.

As ferramentas atualmente disponíveis permitem apontar objetivos ambiciosos: a disponibilização da vacina contra a hepatite B, com elevadas taxas de cobertura vacinal das coortes abrangidas em Portugal (≥95%); a hepatite C é a primeira infeção crónica viral e oncogénica com cura possível, estando o tratamento disponível em Portugal desde 2015, com taxas de cura superiores a 95%.

2. Visão

Interromper a cadeia de transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal.

3. Missão

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 OMS.

A prossecução desta Missão exige uma ação concertada e multidisciplinar entre diversos setores e intervenientes, nomeadamente do governo, profissionais de saúde e respetivas Ordens profissionais, investigadores, Academia, organizações da sociedade civil e comunidades de pessoas que vivem com hepatites coordenada pela estrutura responsável pelo Programa Nacional.

4. Estratégias

O Programa pretende orientar a sua ação, até 2024, para o reforço das estratégias preventivas baseadas na evidência, para a promoção do acesso precoce ao diagnóstico das infeções para a atempada ligação aos cuidados de saúde e o acesso ao melhor tratamento disponível, ao mesmo tempo procurando advogar pelos direitos das pessoas que vivem com hepatite.

O reforço da Equipa Técnica do Programa, incluindo a nomeação de Coadjuvantes do Diretor e de um Conselho Científico multidisciplinar alargado, constituído por peritos nacionais e internacionais é um passo essencial para a execução da ação.

Para isso, é fundamental:

4.1. Conhecer a epidemiologia das hepatites virais

- Os dados são uma riqueza (*data lake*). É prioritário aceder a informação de qualidade, de forma sistemática e integrada que permita o conhecimento real sobre as hepatites virais.

- Ter profissionais (data-managers) alocados.

- Trabalhar outros dados colaterais como sejam os internamentos, a mortalidade e anos de vida perdidos por doença hepática.

- Divulgar os dados nacionais a entidades internacionais, em reuniões e em publicações.

- Monitorizar os dados, identificando indicadores e métricas e privilegiando a elaboração de *dashboards*.

4.2. Promover a literacia em saúde da população em geral e dos profissionais de saúde

- Capacitar os profissionais de saúde relativamente às hepatites virais, incluindo a prevenção e o diagnóstico das mesmas.

- Promover publicações em revistas científicas com fator impacto, de âmbito nacional e internacional.

- Posicionar as hepatites virais como entidades suscetíveis de prevenção e tratamento com elevados benefícios individuais e em termos de saúde pública: prevenção (diminuição de risco em práticas sexuais, programas de redução de danos dirigidos às pessoas que utilizam drogas; promoção da vacinação contra a hepatite A e B, cura da hepatite C, controlo com antivíricos na hepatite B).

- Promover a formação em hepatologia para profissionais de saúde, numa perspetiva de *task-shifting*, incluindo a aprendizagem em elastografia hepática.

4.3. Comunicar

- Elaborar uma estratégia transversal de comunicação do programa nacional, com a participação dos parceiros envolvidos.

- Investir na divulgação de informação através das redes sociais, bem como pela via mais tradicional, através dos órgãos de comunicação e de outras paltaformas e meios que permitam chegar, em particular, aos adolescentes, aos grupos mais vulneráveis e aos profissionais de saúde.

- Apoiar o combate à desinformação e investir na comunicação de risco.

- Transmitir a mensagem sobre a oferta de Saúde de forma positiva aos portugueses como um bem inestimável, que tem contribuído para a longa esperança média de vida dos portugueses.

- Participar em ações de rua, em contacto direto e personalizado com a população.

- Promover iniciativas que assinalem o Dia Mundial das Hepatites e participar ativamente nas iniciativas relacionadas com a área oncológica e saúde digestiva, em estreita articulação com os programas prioritários das doenças Oncológicas e da Alimentação Saudável, promovendo a determinação de marcadores víricos a todos os doentes que vão realizar quimioterapia.

- Comunicar o elevado risco de evolução da cirrose hepática para carcinoma hepatocelular (10-40% por década).

- Elaborar materiais de informação e divulgação adaptados aos diferentes grupos populacionais (infografias, etc.).

4.4. Garantir a qualidade e a segurança das intervenções

- Aumentar a frequência dos testes de rastreio e referenciar, atempadamente, os doentes diagnosticados para assistência médica e social.

- Promover o *reflex testing* (*one step*) ou seja determinação do anti-VHC e ARN VHC na mesma amostra.

- Propor a realização do teste da hepatite C e da hepatite B, pelo menos uma vez na vida.
- Incluir a ALT (Alanina Aminotransferase) na avaliação global de saúde, já que 10% dos portugueses têm provas hepáticas alteradas devido a causas que podem ter intervenção como, por exemplo, consumo de álcool, esteatose hepática/fígado gordo/esteatohepatite não alcoólica (25% da população), e hepatite C.
- Contribuir para a promoção da saúde em grupos populacionais como as pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas que utilizam drogas, consumidores de álcool, pessoas em situação de reclusão.
- Avaliar a possibilidade de realizar ensaios clínicos em Portugal, nomeadamente em novos fármacos nas áreas da hepatite Delta, Hepatite B e carcinoma hepatocelular.
- Revisitar o Portal da Hepatite C em colaboração com o INFARMED, com o objetivo de analisar e divulgar os respetivos dados.
- Atualizar e simplificar o Portal de Hepatite C à luz das mais recentes orientações clínicas.
- Rever e elaborar Normas de Orientação Clínica, alinhadas com as normas internacionais.
- Apostar na macro e micro-eliminação da hepatite C.
- Agilizar o fluxo de acesso à terapêutica, através da homogeneização das boas práticas do ponto de vista geográfico, em todo o Pais.
- Facilitar o acesso imediato à medicação no momento da prescrição.
- Promover o uso da Telesaúde, incluindo Telemedicina, linha telefónica de apoio dirigida ao público em geral.
- Promover consultas descentralizadas, *point-of-care*, fazendo posteriormente vídeos e campanhas profissionais demonstrando a simplicidade do diagnóstico e tratamento.
- Promover a vacinação contra a hepatite A e a hepatite B, bem como para a gripe sazonal e antipneumocócica de elevada prioridade para pessoas com cirrose hepática.
- Apoiar as Salas de Consumo Vigiado, nomeadamente no rastreio e orientação terapêutica.
- Promover a integração, e a capacidade de intervenção nesta área das hepatites virais através da formação dos Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar e dos restantes profissionais de saúde a desempenhar funções nos Agrupamentos de Centros de Saúde.

4.5. Advogar pelos direitos das pessoas que vivem com hepatites virais

- Combater o estigma e as atitudes punitivas, em prol de uma atitude positiva e restaurativa não só em termos de saúde como também jurídica e criminal.
- Apoiar as pessoas LGBTI e os trabalhadores do sexo, as pessoas que utilizam drogas, os migrantes, e todas as populações vulneráveis com risco acrescido de infeção por hepatites.

4.6. Assegurar um efetivo compromisso multissetorial e a partilha de responsabilidades

- Contactar e criar pontes com outros Programas da DGS, incluindo os prioritários, com o objetivo de promover estilos de vida saudável, incluindo ao nível da alimentação e da prática de exercício físico, da promoção da saúde global física, mental e social. O objetivo passa por contribuir, também, para a pacificação social, dada a agitação social associada ao consumo de drogas e de álcool.

- Conhecer a realidade local e promover iniciativas de base comunitária, tendo como prioridades populações mais vulneráveis ou em maior risco, envolvendo os pares.

- Colaborar com entidades públicas e privadas, designadamente:
  As Administrações Regionais da Saúde, promovendo a nomeação de pontos focais para as hepatites virais; as DICAD, o SICAD; Instituto Nacional de Estatística, SNS 24, DGRSP, ACES, as Autarquias (com especial relevo para as cidades signatárias da Iniciativa *Fast Track Cities*), as ONG e Associações de Doentes – através do Fórum Nacional da Sociedade Civil do VIH, Hepatites Virais e Tuberculose, as instituições de apoio e inclusão social a migrantes, o INE, a Associação Nacional das Farmácias e a Associação de Farmácias de Portugal, as Ordens Profissionais (Médicos, Farmacêuticos, Advogados, Psicólogos, Nutricionistas e Enfermeiros), as Unidades de Alcoologia, a Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil do Governo da Madeira e Secretaria Regional da Saúde e Desporto dos Açores, a Assembleia da República (Comissão de Saúde), as Universidades, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, as Sociedades Científicas Médicas. a Associação Nacional dos Estudantes de Medicina, os Centros de Transplante Hepático, os Rotários.

- Iniciar discussões com o setor privado, incluindo a indústria farmacêutica, promovendo a colaboração para o cumprimento dos objetivos do Programa.

4.7. Contribuir para a resposta global às hepatites virais e colaborar no esforço conjunto para a redução do impacto das hepatites na região da OMS Europa e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

- Colaborar com entidades internacionais, como sejam Organização Mundial da Saúde Europa (OMS); *European AIDS Treatment Group* (EATG), *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), *Centers for Disease prevention and Control* (CDC), *European Association for the Study of the Liver* (EASL), *International Network Hepatitis Substance Users* (INHSU), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), *European Liver Patient Association* (ELPA), *Task Force for Global Health, Coalition for Global Hepatitis Elimination, Hepatitis B and C Public Policy Association* (TFGH), *Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB), United European Gastroenterology* (UEG), - *Asociación Catalana de Malalts d'Hepatitis* (ASCAAT), *Fair and Just Prosecution*, USA, Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de Hepatite, *World Hepatitis Alliance* (WHA), *Health Without Barriers* (HWB), *Fédération Européenne Santé en Prison, Correlation European Harm Reduction Network, Achieve Coalition Associations Collaborating on Hepatitis to Immunise and Eliminate the Viruses in Europe*, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

5. Metas de Saúde a 2024

A. Melhorar o integração do processo de recolha de dados, com vista a gerar informação sobre indicadores de monitorização e avaliação da resposta nacional às hepatites virais e a vigilância de surtos;

B. Aumentar, anualmente, em 33% o número de rastreios para VHB e VHC;

C. Reduzir em 50% a mortalidade associada à infeção crónica por VHB e por VHC;

D. Eliminar a transmissão vertical da hepatite B;

E. Tratar mais de 90% das pessoas com hepatite B e hepatite C elegíveis para tal.

6. Implementação

Metas 2024	Objetivos
A	O1. Melhorar o conhecimento do padrão de distribuição epidemiológica e resposta das hepatites virais para garantir equidade, informar as políticas e maximizar o impacto das intervenções
B	O2. Integrar o rastreio sistemático da infeção por VHB e VHC nas políticas gerais de saúde O3. Formar os profissionais de saúde em relação ao tema "hepatites virais" na sua dimensão global O4. Promover a literacia da população em relação ao tema "hepatites virais"
C e E	O5. Promover o tratamento com antivíricos da hepatite B e C crónicas. 06. Promover e facilitar o acesso atempado, em todos os doentes com cirrose hepática, e carcinoma hepatocelular. 07. Aumentar a identificação e diagnóstico dos doentes com cirrose hepática e promover o rastreio do carcinoma hepatocelular com ecografia abdominal.
D	O8. Aumentar a prevenção e o rastreio da infeção por VHB e VHC na grávida, bem como o encaminhamento médico e social adequado ao diagnóstico no caso de positividade.

7. Monitorização

Metas 2024	Indicador	Valor Base	Fonte / Obs
A	Ind.1. Melhoria do processo de recolha de informação para hepatites virais	NA	SINAVE, SIARS
B	Ind.2. % de rastreios de VHB e VHC	ND	ACSS/SIARS/ONG
	Ind.3. % de pessoas em idade adulta que realizam o teste de VHB (AgHBs) e VHC (anticorpos anti-VHC) pelo menos uma vez na vida	ND	
	Ind.4. Proporção de utentes utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários com avaliação de Alanina Aminotransferase (ALT) na avaliação global de saúde	ND	
C	Ind.5. Taxa de Mortalidade por VHB	ND	SICO
	Ind.6. Taxa de Mortalidade por VHC	ND	SICO
	Ind.7. Taxa de carcinoma hepatocelular em doentes com infeção crónica por VHB	ND	GDH
	Ind.8. Taxa de carcinoma hepatocelular em doentes com infeção crónica por VHC	ND	GDH
D	Ind.9. Taxa de cobertura vacinal contra a Hepatite B		Programa Nacional Vacinação
	Ind.10. Número de tratamentos do VHC		Portal Tratamento Hepatite C INFARMED

Em conclusão, os cinco principais desígnios do Programa para 2024, são:

1. Cumprir de forma global os **OBJETIVOS DA OMS** para 2030;
2. Ampliar a execução de **TESTES** de diagnósticos;
3. Facilitar a **ACESSO** ao tratamento e aos cuidados médicos;
4. Promover a **LITERACIA** em hepatites virais e doenças do fígado, na perspetiva do enquadramento mais global das hepatites, designadamente como entidades oncogénicas, levando à mortalidade precoce, agravadas por estilos de vida menos saudáveis;
5. Promover o **NETWORK** e trabalho em equipa de todas as estruturas de saúde e de apoio social acima referidas.

Referências Bibliográficas

1. Alberto SF, Pires S, Félix J, et al. Prevalence of Hepatitis E virus antibody in a non-endemic population – prospective study. J Port Gastrenterol. 2009; 16:191-197.

2. Béguelin C, Moradpour D, Sahli R, Suter-Riniker F, Lüthi A, Cavassini M, Günthard HF, Battegay M, Bernasconi E, Schmid P, Calmy A, Braun DL, Furrer H, Rauch A, Wandeler G; Swiss HIV Cohort Study. Hepatitis delta-associated mortality in HIV/HBV-coinfected patients. J Hepatol. 2017 Feb;66(2):297-303. doi: 10.1016/j.jhep.2016.10.007.

3. Breda F, Cochicho J, Mesquita JR, Bento A, Oliveira RP, Louro E, Nascimento MS, Leitão J, Gomes HV, Carvalho A. First report of chronic hepatitis E in renal transplant recipients in Portugal. J Infect Dev Ctries. 2014 Dec 15;8(12):1639-42. doi: 10.3855/jidc.4637.

4. Canillas L, Parcerisa M, Coll S, García-Retortillo M, Macià F, Bessa X, Castells X, Puigvehí M, Posso M. Prevalence and characteristics of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma in a Spanish university hospital. Cancer Epidemiol. 2022 Jun;78:102142. doi: 10.1016/j.canep.2022.102142.

5. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.

6. Duffell E, Cortez-Pinto H, Simonova M, Dalgard O, Dahl EH, de Martel C, Mozalevskis A, Buti M, Pavlova S, Hadzhilova T, Simões C, Katzarov K, Mardh O. Estimating the attributable fraction of cirrhosis and hepatocellular carcinoma due to hepatitis B and C. J Viral Hepat. 2021 Aug;28(8):1177-1189. doi: 10.1111/jvh.13545.

7. Duque V, Ventura C, Seixas D, da Cunha S, Meliço-Silvestre A. First report of acute autochthonous hepatitis E in Portugal. J Infect Dev Ctries. 2012 Feb 13;6(2):201-3. doi: 10.3855/jidc.2078.

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

9. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA Member States – 2019. Stockholm: ECDC; 2020. doi: 10.2900/034039

10. European Medicines Agency. Hepcludex: bulevirtide, https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex acesso julho 2022

11. European Medicines Agency. Heplisav B: hepatitis B surface antigen, https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/heplisav-b acesso julho 2022

12. Folgado Alberto S, Pires S, Félix J, Figueiredo A, Silva L, Franco M, et al. Prevalência do vírus da hepatite E em um estudo prospectivo populacional não endêmico. GE-J Port Gastrenterol. 2009; 16: 191–7.

13. Gamelas V, Saraiva R, Silva MJ, Corte-Real R, Calinas F. Aspectos epidemiológicos da infecção por vírus da hepatite delta em Portugal. Congresso Português de Hepatologia. 24ª reunião anual da APEF. Fátima, 27-29 maio 2021.

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

15. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infeções Sexualmente Transmissíveis. Lisboa: INSA IP; 2017.

16. Liu Z, Suo C, Mao X, Jiang Y, Jin L, Zhang T, Chen X. Global incidence trends in primary liver cancer by age at diagnosis, sex, region, and etiology, 1990-2017. Cancer. 2020 May 15;126(10):2267-2278. doi: 10.1002/cncr.32789.

17. Macedo G, Pinto T, Sarmento JA, et al. Primeira avaliação da seroprevalência do vírus da Hepatite E no norte de Portugal. Acta Med Port. 1998; 11:1065-1068.

18. Nascimento MSJ, Almeida-Santos M, Fernandes M, et al. Hepatite E aguda severa em mulher com história auto-imune. Acta Med Port. 2019; 32:1-4.

19. Nascimento MSJ, Pereira SS, Teixeira J, Abreu-Silva J, Oliveira RMS, Myrmel M, Stene-Johansen K, Øverbø J, Gonçalves G, Mesquita JR. A nationwide serosurvey of hepatitis E virus antibodies in the general population of Portugal. Eur J Public Health. 2018 Aug 1;28(4):720-724. doi: 10.1093/eurpub/ckx213.

20. Nijskens C, Pas S, Eijk A, Man R. Hepatitis E in Europe: diagnosis and treatment. EMJ Gastroenterol 2015;4(1):121-127.

21. Paiva P, Reigota R, Cardoso L, Valente C, Figueiredo A, Carvalho A- Hepatite E- a propósito de um caso autóctone. Rev Port D Infecciosas. 2021, 16(1): 8-15

22. Papatheodoridi M, Papatheodoridis GV. Current status of hepatitis delta. Curr Opin Pharmacol. 2021 Jun;58:62-67. doi: 10.1016/j.coph.2021.03.008.

23. Queirós L, Condeço J, Tender A, et al. Seroprevalência de anticorpos para o vírus da Hepatite E na região norte de Portugal. Acta Med Port. 1997;10;447-454.

24. 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.

25. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. Relatório Anual • 2020 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. 2021.

26. 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.

27. 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.

28. Soriano V, Sherman KE, Barreiro P. Hepatitis delta and HIV infection. AIDS. 2017 Apr 24;31(7):875-884. doi: 10.1097/QAD.0000000000001424.

29. Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MYR, Giorgi E, Kyomuhangi I, de Martel C, Hutin Y, Geretti AM. The global prevalence of hepatitis D virus infection: Systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2020 Sep;73(3):523-532. doi: 10.1016/j.jhep.2020.04.008.

30. Valente C, Carvalho R, Saraiva da Cunha J. Impacto do vírus da hepatite E em indivíduos VIH. Revista Infecção e Sépsis. 2019; 2 (6): 41-5.

31. Valle JW, Kelley RK, Nervi B, Oh DY, Zhu AX. Biliary tract cancer. Lancet. 2021 Jan 30;397(10272):428-444. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00153-7.

32. 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

33. World Health Organization. (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177

34. World Health Organization. (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177

35. World Health Organization. (2017). Global hepatitis report 2017. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/255016

36. 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 (FrAILT) study. Liver Int. (2021) 41:2467– 73. doi: 10.1111/liv.15006

37. Yugo DM, Meng XJ. Hepatitis E virus: foodborne, waterborne and zoonotic transmission. Int J Environ Res Public Health. 2013 Sep 25;10(10):4507-33. doi: 10.3390/ijerph10104507.

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

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde