

Guia sobre hepatite C para pessoas que vivem com VIH

Junho de 2018

**A
hepatite C tem
cura. O tratamento
dura até seis meses.
O seu acesso é
um direito.**

Revisão científica: Paula Peixe
Coordenação: Érica Almeida Postiço
Tradução: Érica Almeida Postiço, Luís Mendão
Adaptação gráfica: Uncoated.pt

www.gatportugal.org

nova
edição

Conteúdos

Introdução	05
Hepatite C - mas agora é fácil de curar?	06
VHC e transmissão	08
VIH, VHC e transmissão por via sexual	10
VHC e gravidez	17
História natural do VHC	18
Como posso proteger o meu fígado?	21
Descobrir se se tem VHC - e obter apoio	23
Rastreio e monitorização	25
AAD: tratamento e gestão da infeção pelo VHC	29
Antigos medicamentos para o VHC: peginterferão e ribavirina	33
Doença hepática em estadio avançado	34
Interações com medicamentos para o VHC	36
Tratamento do VHC em pessoas que usam drogas por via injetada	37
Obter AAD: preço e acesso a medicamentos	38
Futuros medicamentos	40
Assuntos controversos	41
Mais informações	42
Glossário	43

Escrito e compilado por Simon Collins e Tracy Swan para o HIV i-Base.

Agradecemos pelo trabalho de revisão a um grupo de pessoas que vivem com VIH e VHC e ao grupo de aconselhamento clínico pelos comentários prestados.

i-base

www.i-base.info

A informação contida neste guia não substitui a informação fornecida pelo médico ou por outros profissionais de saúde. As decisões relacionadas com o tratamento devem ser sempre tomadas em conjunto com o médico.

A informação sobre tratamentos das infeções pelo VIH e VHC fica rapidamente desatualizada, e é necessário verificar sempre a data de edição da brochura e se há uma edição mais atualizada.

Encorajamos a cópia sem fins lucrativos desta brochura. Podem ser solicitadas cópias adicionais gratuitamente para o e-mail geral@gatportugal.org

Bem-vindo ao guia do i-Base sobre a coinfeção pelo VIH e hepatite C.

Esta brochura irá ajudar a:

- Obter informação fidedigna e atualizada sobre a coinfeção pelo VIH e hepatite C;
- Obter uma melhor relação com o médico e outros profissionais de saúde;
- Sentir-se com mais controlo da sua saúde e as opções de tratamento;
- Saber mais sobre o tratamento no SNS e sobre a possibilidade de comprar medicamentos genéricos online.

Introdução

Vivemos uma altura entusiasmante na área do tratamento do vírus da hepatite C (VHC) pois existem muitos novos medicamentos eficazes.

Os antivirais de ação direta, (AAD), curam mais de 95% das pessoas. O tratamento geralmente demora apenas 12 semanas e tem poucos efeitos secundários.

Os AAD estão disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Aquando da impressão desta brochura, a maioria das pessoas coinfectadas com VIH e VHC estavam a aceder ao tratamento.

Mesmo que seja necessário aguardar algum tempo pelo acesso ao tratamento com AAD, uma vez obtido é muito provável que este seja eficaz.

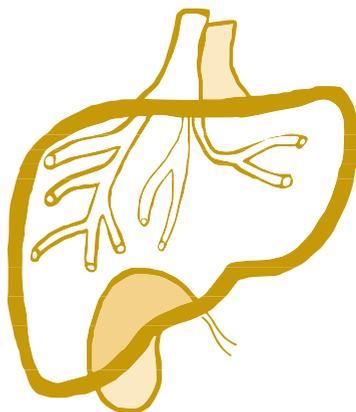
Glossário

AAD: antivirais de ação direta (novos medicamentos para o VHC que atacam diretamente o vírus)

Por isso, este guia é uma versão muito mais curta que as edições anteriores.

Foi incluída nova informação sobre os vários AAD e sobre o acesso ao tratamento.

A informação sobre a gestão da infeção pelo VHC sem tratamento e sobre o tratamento com interferão e ribavirina só se encontra disponível online, a par de outras informações menos relevantes na era dos AAD.



Hepatite C - mas agora é fácil de curar?

Se está a ler esta brochura, é provável que tenha sido diagnosticado recentemente com VHC. Ou talvez já tenha recebido o diagnóstico há vários anos e só agora esteja a pensar no tratamento.

De qualquer forma, poderá primeiro querer obter informações sobre o tratamento antes de compreender os detalhes da transmissão, diagnóstico, monitorização ou mesmo escolha de medicamentos.

Estas duas primeiras páginas tratam das notícias sobre o atual tratamento. Seguem-se depois mais detalhes sobre outros pontos.

A boa notícia é que os novos medicamentos para a hepatite C são tão eficazes que pelo menos 95% das pessoas ficam curadas.

- Estes medicamentos são seguros e têm poucos efeitos secundários;
- O tratamento tem a duração de apenas 8 a 24 semanas (sendo as 24 semanas de duração cada vez mais raras);
- Tratam-se de medicamentos de toma oral, por vezes, um único comprimido por dia;
- Atualmente, estes medicamentos têm um custo controlado; no âmbito do SNS, o tratamento das pessoas coinfectadas está a avançar consistentemente;
- Muitos destes medicamentos têm um baixo custo de produção. As versões genéricas disponíveis *online* são ainda mais baratas – tornando-as uma opção para algumas pessoas em vários países. Em Portugal, o tratamento é gratuito para todos.

VHC num mundo de AAD

Num mundo ideal, esta brochura seria apenas um folheto.

Haveria um diagnóstico de infeção pelo VHC, o acesso ao tratamento seria rápido e haveria cura.

- Não seria necessária monitorização para perceber se o VHC está a causar danos hepáticos;
- Não seria necessário saber a estirpe do VHC (a última geração de AAD trata todos os genótipos de VHC);
- Seria improvável a necessidade de um *scan* (fibroscan- elastografia) ao fígado (exceto em situações em que este se encontra gravemente danificado) – apesar de atualmente este exame ser simples e indolor.

Apenas testar, tratar e curar.

O risco de reinfeção seria quase nulo se todas as pessoas fossem tratadas. Isto porque, se a maioria das pessoas estivesse curada, a probabilidade de contrair novamente o VHC seria igualmente baixa.

VHC em Portugal

Em Portugal, todas as pessoas com diagnóstico de infeção pelo VHC têm acesso gratuito ao tratamento com AAD.

É provável que o tratamento resulte em cura. A rapidez com que se acede aos AAD poderá depender do estado de saúde de cada indivíduo – sobretudo do nível de danos hepáticos. Mas também depende do hospital onde se é seguido.

Outra opção, pouco usada em Portugal, é a compra de tratamento genérico a preços muito inferiores aos pagos pelo SNS. Na página 38 tem mais informações sobre a compra de medicamentos *online*.

Ter de comprar a medicação pode não ser a situação mais justa, pois esta deveria ser gratuita, mas é uma opção em alguns países e, como tal, incluímos essa informação nesta brochura.

Com o passar do tempo os valores cobrados pelos medicamentos para o VHC continuarão a diminuir e o acesso ao tratamento aumentará. Alguns países, como Portugal, negociaram e continuam a negociar o preço dos medicamentos para que todas as pessoas possam ser curadas.

Existem muitos motivos para se estar otimista – embora atualmente a vida possa parecer um pouco mais complicada... se a compararmos a um mundo ideal.



VHC e transmissão

O que é a hepatite C?

A hepatite C é uma doença do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (VHC).

O vírus encontra-se maioritariamente no sangue, mas também nas células hepáticas, onde pode causar inflamação e cicatrizes.

Quando as cicatrizes são moderadas chama-se a este processo fibrose. Quando são mais graves, chama-se cirrose. As cicatrizes no fígado prejudicam o funcionamento deste órgão.

Geralmente o VHC leva anos até causar danos hepáticos, mas em alguns casos este processo pode ser mais rápido.

Os novos medicamentos para o VHC (os AAD) têm o potencial de prevenir (e, em alguns casos, reverter parcialmente) a fibrose grave e a cirrose – e de curar quase todas as pessoas.

Glossário

TAR: tratamento antirretroviral (medicação para o VIH)

Cirrose: cicatrizes graves no fígado que dificultam o seu funcionamento.

Fibrose: cicatrizes moderadas no fígado que, ainda assim, permitem que o órgão continue a funcionar.

Como se contrai e transmite o VHC

A maioria das infeções pelo VHC ocorre pelo contacto com o sangue. Ou seja, quando o sangue de alguém que vive com VHC entra diretamente na corrente sanguínea de outra pessoa.

O sémen e os fluidos genitais e retais podem ser infecciosos, mas a investigação que existe sobre isto ainda é reduzida.

A saliva e as lágrimas não são infecciosas. Tal como na infeção pelo VIH, o VHC não é transmissível através do toque, dos beijos, abraços ou da partilha de talheres, copos ou pratos.

Ao contrário do VIH, que é inativado após alguns minutos fora do organismo, o VHC mantém-se infeccioso durante dias ou semanas, mesmo após o sangue ter secado. É por isso que não se devem partilhar objetos que possam ter vestígios de sangue.

O VHC pode ser transmitido das seguintes formas:

- Partilha de utensílios que possam conter vestígios de sangue, como tesouras, escovas de dentes, corta unhas e lixas de unhas;
- Partilha de material não esterilizado no consumo de drogas por via injetada e/ou fumada;
- Tatuagens ou *piercings* com agulhas, tinta ou outro equipamento partilhado;
- Procedimentos médicos ou dentários com material não esterilizado – incluindo diálise ao fígado;
- Acidentes com materiais cortantes em profissões na área da saúde;
- Relações sexuais com alguém que viva com VHC – embora este seja um assunto complexo (ver páginas 10 a 16);
- A um bebé durante a gestação e parto (ver página 17);
- Em transfusões de sangue ou em produtos com sangue, algo que ocorria no passado. Atualmente, o sangue é rastreado, sendo o risco virtualmente nulo em Portugal, na Europa Ocidental e nos E.U.A. Cerca de 90% das pessoas com hemofilia foram infetadas com VIH e VHC antes de 1991.

Em alguns países ainda ocorrem infeções pelo VHC através de material reutilizado e não esterilizado em procedimentos médicos ou dentários e em transfusões com sangue não rastreado.

Consumo de drogas por via injetada e VHC

Na Europa, a maioria das novas infeções pelo VHC ocorre através da partilha de material durante o uso de drogas por via injetada. Isto inclui a partilha de seringas e outros materiais.

O VHC é um vírus mais resiliente e mais pequeno que o VIH e de eliminação mais difícil. Pode manter-se infeccioso durante dias ou semanas.

A limpeza de seringas com lixívia reduz o risco de transmissão do VIH, mas é uma prática menos eficaz contra o VHC. A partilha de seringas (mesmo seringas de medição) também é uma prática de risco para a infeção pelo VHC.

A utilização de seringas esterilizadas, bem como o restante material de injeção, não partilhadas com ninguém em cada consumo injetado impede a transmissão das infeções pelo VIH e VHC (e a reinfeção).

Também reduz o risco de outras infeções.

A partilha de material para consumo injetado de drogas recreativas (o *slamming*), incluindo a *mefedrona* e *crystal meth*, em festas de sexo tem um elevado risco de transmissão do VHC (ver páginas 12 a 16).

As pessoas que consomem drogas por via injetada por vezes deparam-se com barreiras no acesso ao tratamento. A página 40 inclui informação sobre o acesso ao tratamento para o VHC em pessoas que consomem drogas por via injetada.

O VHC e consumo de drogas não injetáveis

A hepatite C é mais comum entre pessoas que usam drogas por via não injetada do que entre a população em geral. O motivo não é claro.

Pode ser possível contrair a infeção pelo VHC através do consumo de drogas por via inalada, seja através da partilha de palhinhas ou notas, ou da partilha de cachimbos para fumar crack ou metanfetaminas.

Por isso, não se recomenda a partilha destes materiais.

O uso de drogas recreativas é um dos principais fatores associados à transmissão de VHC por via sexual entre homens que têm sexo com homens (ver páginas 12 a 16).

Outras infeções por virus das hepatites

Poderá encontrar *online* informação sobre outros tipos de hepatites virais (A, B, D, E e G).

Entre esta informação encontram-se os meios de transmissão, as vacinas (para a hepatite A e B), tratamento e outros dados.

Na página 35 encontra-se informação importante sobre a toma de AAD se se viver com a coinfeção pelo VHB e VHC.

VIH, VHC e transmissão por via sexual

Transmissão do VIH por via sexual

A maioria das novas infeções anuais pelo VIH em todo o mundo ocorrem por via sexual.

É conhecida a forma como o VIH é transmitido. O vírus está presente no sangue, sêmen, fluídos genitais e leite materno.

Diferentes atos sexuais comportam riscos diferentes. Por exemplo, a prática de sexo oral é geralmente de baixo risco, e o sexo anal ou vaginal sem preservativo e/ou sem profilaxia pré exposição (PrEP) é geralmente de risco elevado, a não ser que a pessoa seropositiva para o VIH esteja sob tratamento e com carga viral indetetável.

É muito difícil contrair a infeção pelo VIH se a pessoa seropositiva estiver sob tratamento ou se a pessoa seronegativa estiver sob PrEP, mesmo não usando preservativo.

Noutras situações, os preservativos são um método muito eficaz de impedir a transmissão da infeção pelo VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis (IST).

A existência de outras IST, incluindo herpes, gonorreia e sífilis, podem aumentar o risco de transmissão da infeção pelo VIH.

- Os fluídos genitais são mais infecciosos;
- Uma ferida aberta pode ser um canal para a transmissão;
- A resposta imune a uma IST facilita a transmissão do VIH.

Toda esta informação é importante quando falamos de VHC.

Transmissão do VHC por via sexual

O risco de transmissão do VHC por via sexual é muito inferior ao do VIH.

O VHC continua a ser sobretudo uma infeção de transmissão sanguínea, pelo que as relações sexuais que envolvam o contacto com sangue continuam a ser práticas de risco.

Embora o VHC tenha sido encontrado no sêmen e em fluidos retais e vaginais, não é ainda claro quão infecciosos são estes fluidos, pois os níveis do vírus costumam ser muito baixos.

O risco de transmissão do VHC por via sexual é reduzido no sexo vaginal entre casais heterossexuais e seronegativos para a infeção pelo VIH em que um dos parceiros vive com VHC. No entanto, têm sido relatadas taxas de transmissão por via sexual muito mais elevadas entre homens que têm sexo com homens e que são seropositivos para o VIH – embora os motivos para tal ainda não sejam claros.

Deve ser explicada a importância de dois aspetos deste maior risco.

1. O papel desempenhado pela infeção pelo VIH, talvez devido à reduzida proteção imune ou a uma maior carga viral do VHC em pessoas seropositivas para o VIH coinfectadas;
2. O tipo de relações sexuais praticadas por alguns homens seropositivos para o VIH (diferenças comportamentais) e a forma como estas podem divergir no grupo de homens seronegativos para o VIH e que têm sexo com homens. Pode dever-se a um maior risco de contacto com sangue.

Uma vez que têm sido relatados casos de infeção pelo VHC em que a transmissão sexual é a via mais provável – quer de relações sexuais heterossexuais, quer entre homens que têm sexo com homens – as orientações clínicas recomendam atualmente que as pessoas coinfectadas usem preservativo.

Transmissão heterossexual do VHC

O risco de transmissão do VHC por via sexual em relacionamentos entre pessoas seronegativas para o VIH e de sexos diferentes é muito baixo.

Em alguns estudos os casais não utilizaram preservativo, mas também não praticaram sexo anal nem tiveram relações sexuais quando a mulher estava menstruada. Por isso, a reduzida taxa de transmissão pode dever-se à ausência de contacto com sangue.

Embora o contacto com sangue menstrual não tenha sido indicado como fator comum de transmissão em casais heterossexuais, este é de um assunto pouco estudado.

Entre pessoas seropositivas para o VIH, o risco de contrair a infeção pelo VHC por via sexual é superior ao observado entre casais heterossexuais seronegativos.

Um estudo concluiu que a exposição sexual é um fator de risco para mulheres seropositivas para o VIH que não consomem drogas por via injetada, mas que têm parceiros sexuais do sexo masculino que vivam com VHC.

É reduzida a informação sobre se estas mulheres estavam sob tratamento antirretroviral e se a sua carga viral para o VIH estava indetetável e também reduzida a informação sobre o estatuto serológico para o VIH dos seus parceiros.

Transmissão do VHC

entre homens que têm sexo com homens

A transmissão do VHC por via sexual entre homens que têm sexo com homens e que são seropositivos para o VIH tem sido reportada em cidades da Europa, Ásia, Austrália e E.U.A.

Na investigação limitada feita a partir destes relatórios, a transmissão do VHC por via sexual estava associada a vários fatores que poderão ou não estar relacionados:

- Ser-se seropositivo para o VIH;
- Uso de drogas recreativas;
- Sexo em grupo e festas de sexo;
- Partilha de brinquedos sexuais;
- Sexo mais vigoroso (com maior duração ou com fisting);
- *Barebacking* (sexo anal insertivo ou receptivo sem uso de preservativo);
- Outras IST (sobretudo sífilis);
- Número de parceiros sexuais;
- Sangramento por patologia (ex: hemorroidas), por procedimentos cirúrgicos e/ou sexo mais vigoroso.

É difícil identificar a causa exata quando muitas destas questões se sobrepõem.

Alguns homens que têm sexo com homens e que são seropositivos para o VIH contraíram o VHC por via sexual sem estas práticas. Sem terem, por exemplo, praticado *fisting*, usado drogas com partilha de material ou participado em sexo em grupo.

Um resumo sobre práticas sexuais mais seguras para a infeção pelo VHC entre homens que têm sexo com homens está presente na página 15.

O VIH como fator

A infeção pelo VIH parece ser um fator importante na transmissão da infeção pelo VHC, pois a transmissão por via sexual desta infeção não é tão comum em homens que têm sexo com homens e que são seronegativos para o VIH.

Mesmo com toma da TAR, uma elevada contagem CD4 e baixa carga viral, as respostas imunes ao VHC aparentam ser inferiores às observadas em pessoas seronegativas para o VIH.

Isto pode ser observado na taxa inferior de eliminação espontânea do VHC e no tempo superior no desenvolvimento de anticorpos para o VHC.

As pessoas seropositivas para o VIH também podem ser mais infecciosas, uma vez que a carga viral do VHC é superior (cerca de 10 vezes) à dos homens seronegativos para o VIH.

O papel do sangue e do fluido genital

Quando o VHC é detetado nos fluidos genitais, os níveis do vírus são geralmente baixos, sendo os do sangue muito superiores. É por isso provável que o sangue seja muito mais infeccioso que o sémen durante os primeiros seis meses de infeção pelo VHC (a chamada “infeção aguda”).

O VHC também pode ser observado no fluido retal.

Uso de drogas recreativas e infeção pelo VHC

Embora o VHC também possa ser transmitido por via sexual entre homens que têm sexo com homens seropositivos para o VIH, o uso de drogas recreativas aumenta este risco.

Isto inclui o uso não injetado de *crystal meth*, cocaína e ecstasy.

As drogas recreativas podem baixar as respostas imunes de forma a que se fique mais vulnerável à infeção pelo VHC.

Estas podem dilatar os vasos sanguíneos, tornando o ânus mais vulnerável a fissuras e sangramento.

As drogas recreativas podem servir como relaxantes musculares, permitindo relações sexuais mais longas e energéticas.

Também podem reduzir as inibições e são usadas comumente em práticas sexuais em grupo.

O uso injetado de drogas recreativas tem um maior risco de transmissão se houver partilha de seringas e outros materiais.

Sexo mais seguro para o VHC entre homens que têm sexo com homens

Embora o aconselhamento sobre práticas sexuais mais seguras seja geralmente semelhante para as infeções pelo VIH e VHC, o risco de contrair esta última infeção está mais associado ao sangue que aos fluidos sexuais.

- **As orientações clínicas recomendam o uso de preservativo.**

- Deve-se utilizar um novo preservativo com cada parceiro sexual.

- **Deve-se utilizar luvas de látex na prática de *fisting* e luvas novas com cada parceiro.**

- Os preservativos e as luvas devem ser removidos com mais cuidado que aquele que temos quando pensamos apenas na infeção pelo VIH. No caso da infeção pelo VHC, a parte exterior do preservativo (ou da luva) pode ser mais infecciosa que o seu interior.

- **Qualquer causa de sangramento anal, incluindo uma cirurgia recente, aumenta a probabilidade de transmissão do VHC por via sexual.**

- É provável que o sangue seja mais infeccioso que o sémen ou o fluido retal na fase de infeção crónica pelo VHC. O sémen pode ser mais infeccioso durante a fase de infeção aguda.

- **Não se deve partilhar lubrificante em frasco. Os vestígios de sangue podem não estar visíveis e o VHC mantém-se infeccioso fora do corpo pelo menos durante 16 horas, possivelmente durante dias ou semanas.**

- O uso de drogas recreativas pode aumentar o risco de sangramento anal pois há um aumento da circulação sanguínea. Estas podem tornar o ato sexual mais intenso ou mais longo e podem reduzir a consciência do risco.

- **Deve-se usar preservativo em brinquedos sexuais. Se houver partilha de brinquedos, deve-se trocar sempre o preservativo.**

- Deve-se ter em conta que no sexo em grupo é possível que o VHC seja transmitido por alguém que não está infetado. Por exemplo, ao passar vestígios de sangue de um parceiro sexual anterior.

- **As outras IST estão associadas à infeção aguda pelo VHC. São aconselhados exames de saúde de rotina. Um diagnóstico e tratamento precoces são formas importantes de garantir a saúde do indivíduo e dos seus parceiros sexuais.**

Tipo de sexo, sexo em grupo e festas de sexo

Qualquer atividade que envolva risco de contacto com vestígios de sangue (mais que com sémen, meio de transmissão da maioria das IST) irá provavelmente envolver risco acrescido de transmissão da infeção pelo VHC.

O sémen pode ser mais infeccioso se um parceiro estiver na fase aguda de infeção pelo VHC. As pessoas com infeção crónica (infetadas há mais de seis meses) terão provavelmente níveis mais elevados de VHC no sangue do que no sémen.

Pelo menos um estudo relatou níveis elevados de VHC no fluido retal.

Algumas drogas recreativas, a partilha de brinquedos sexuais e lubrificante, sexo anal mais intenso, *fisting* e sexo em grupo são práticas associadas a um maior risco de infeção pelo VHC.

Uma vez que o VHC é muito mais infeccioso que o VIH, este é transmitido mais facilmente durante práticas sexuais em grupo. Práticas sexuais mais intensas e mais prolongadas aumentam a probabilidade de sangramento.

Alguém que pratique *fisting* a mais de uma pessoa durante sexo em grupo poderá transmitir a infeção pelo VHC sem se infetar a si mesmo.

As drogas recreativas aumentam o risco em pelo menos três formas: os tecidos estão mais vulneráveis a danos, a desinibição sexual pode alterar comportamentos e as práticas sexuais podem ser mais intensas e durar mais tempo.

Um estudo também relatou que práticas sexuais após cirurgias ou tratamento para verrugas anais são de risco elevado para transmissão da infeção pelo VHC. Esta seria uma entrada fácil do vírus no sistema sanguíneo.

Outras IST, sobretudo a sífilis, estão associadas a infeção aguda pelo VHC. Os exames de saúde de rotina são importantes para proteger a saúde do indivíduo e dos seus parceiros sexuais.

ChemSex

As três drogas recreativas comumente referidas como *ChemSex* têm sido associadas à transmissão da infeção pelo VHC por via sexual.

Estas três drogas são o *crystal meth*, a mefedrona e o GHB/GBL: “meth, meph e G.”

Comparadas com outras drogas recreativas, as do *ChemSex* têm um efeito muito mais prolongado, por vezes durante vários dias.

Estas drogas são usadas de forma quase exclusiva em contexto sexual. O *ChemSex* foi por isso associado a elevadas taxas de transmissão de IST, incluindo o VIH e o VHC.

PrEP e VHC

A PrEP consiste na toma de medicação antirretroviral por pessoas seronegativas para o VIH de forma a reduzir o risco de infeção – mesmo quando não se usa preservativo.

Embora a PrEP seja altamente eficaz na prevenção da infeção pelo VIH – mais de 99,9% se tomada tal como prescrita – não oferece proteção contra outras IST, incluindo o VHC.

Vários estudos de PrEP relataram a ocorrência de transmissão do VHC entre homens que têm sexo com homens. No que ao VHC diz respeito, os preservativos oferecem um bom nível de proteção e por isso é recomendado o seu uso.

VHC e gravidez

A TAR é agora recomendada a todas as pessoas seropositivas para o VIH, incluindo durante a gravidez.

Para além de ser melhor para a saúde da gestante, também reduz drasticamente a probabilidade de transmissão ao bebé das infeções pelo VIH e VHC.

No geral, o risco de transmissão durante a gravidez é de 3 a 5%, mas é 3 a 4 vezes superior se a gestante for seropositiva para o VIH e não estiver sob TAR.

Espera-se que os novos AAD sejam seguros e eficazes durante a gravidez, mas serão necessárias mais informações antes de se poder fazer essa recomendação.

As mulheres em idade reprodutiva coinfectadas com VIH e VHC devem por isso ter um acesso precoce ao tratamento para o VHC.

O VHC aumenta o risco de diabetes gestacional e os danos hepáticos podem aumentar durante a gravidez. Aumenta também o risco de parto prematuro, de baixo peso do feto, problemas no parto e mortalidade do feto.

As orientações para mulheres grávidas e seropositivas para o VIH recomendam:

- Toma de TAR durante a gravidez (tal como para as mulheres seropositivas que não vivem com VHC);
- Aconselhamento sobre a coinfeção e sinais e sintomas de toxicidade hepática. Recomenda-se a realização de testes às enzimas hepáticas um mês após o início da TAR e posteriormente a cada três meses;
- O rastreio ao VHC a cada gravidez;
- Rastreio para a hepatite A (VHA) e hepatite B (VHB). Isto porque estas aumentam o risco de complicações durante a gravidez. As vacinas para o VHA e VHB após o terceiro trimestre são recomendadas a todas as mulheres vulneráveis que vivam com a coinfeção pelo VIH e VHC. Poderão ser necessárias doses extra das vacinas se a contagem CD4 for inferior a 300.



História natural do VHC

O que faz o fígado?

O fígado é um órgão essencial para centenas de funções, entre elas:

- Filtragem dos químicos e resíduos do sangue;
- Armazena vitaminas, minerais e ferro e converte os nutrientes dos alimentos em energia;
- Ajuda a equilibrar os níveis de açúcar e hormonas;
- Produz colesterol;
- Produz a bÍlis (necessária para a digestão) e cria a hormona que ajuda na produção de plaquetas (que estancam o sangue).

Como é que o VHC danifica o fígado?

O VHC não danifica o fígado de forma direta. A reação do sistema imunitário ao vírus é que causa a inflamação do fígado.

À medida que o sistema imunitário tenta rodear e isolar as células afetadas para proteger o fígado, desenvolvem-se cicatrizes que vão aumentando com o passar do tempo.

O fígado torna-se mais rijo à medida que aumentam as cicatrizes, dificultando a passagem do sangue e de outros fluidos.

Embora este continue a conseguir funcionar quando está danificado, o efeito contínuo do VHC pode interferir lentamente com a função hepática. As complicações surgem quando o fígado está demasiado danificado para conseguir desempenhar tarefas importantes.

Sem tratamento, o VHC está associado a uma longa lista de complicações graves, embora muitas destas só ocorram numa fase tardia da infeção.

O VHC fora do fígado

Tal como com o VIH, o VHC aumenta o risco de outros problemas de saúde, incluindo diabetes tipo 2, doença renal e cardíaca e perda óssea. Entre as razões incluem-se a inflamação causada pela infeção pelo VHC não tratada, toma de TAR a longo prazo, historial familiar e estilo de vida.

Para as pessoas coinfectadas, curar a infeção pelo VHC reduz o risco de doença e morte relacionadas com o fígado, doenças definidoras de SIDA e de diabetes tipo 2.

História natural do VHC

História natural de uma infeção é o termo utilizado para descrever o que acontece se esta não for tratada.

A história natural da infeção pelo VHC inclui três possíveis fases:

- Infeção aguda;
- Infeção crónica;
- Estado terminal de doença hepática.

Infeção aguda

A infeção aguda ocorre nos primeiros seis meses após a infeção pelo VHC.

A não ser que cause sintomas (e cerca de 80% das pessoas não têm sintomas), a infeção aguda pelo VHC raramente é diagnosticada. Os sintomas, quando ocorrem, incluem febre, cansaço, dor abdominal, náuseas, vômitos, urina escura, fezes claras e icterícia.

Entre as pessoas que vivem com VIH, a infeção pelo VHC é geralmente detetada devido à monitorização de rotina das análises do fígado quando se está sob TAR. Um dos sinais de infeção aguda pelo VHC é a presença de uma elevação das enzimas hepáticas, por vezes dez vezes acima do normal.

Isto deve dar origem a um rastreio para a infeção aguda pelo VHC.

Os homens seropositivos para o VIH que têm sexo com homens devem fazer anualmente o rastreio para a infeção pelo VHC e fazer o teste se tiverem comportamentos de risco. As pessoas que eliminaram a infeção ou que se curaram através do tratamento devem fazer o rastreio através de um teste para a carga viral RNA do VHC ou um teste de antígeno.

Algumas pessoas eliminam o VHC sem recurso a tratamento nos primeiros meses após a infeção.

A isto chama-se eliminação viral espontânea. É mais comum se:

- Se tiver sintomas durante a fase aguda;
- Se for mulher;
- Se tiver menos de 40 anos;
- Tiver determinados genes;
- Tiver uma elevada contagem CD4.

As pessoas seropositivas para o VIH têm metade da probabilidade de vir a eliminar a infeção pelo VHC que as pessoas seronegativas.

De igual forma, as pessoas de origem africana têm uma menor probabilidade de eliminar a infeção que as pessoas caucasianas.

Glossário:

VHC agudo: ter-se a infeção pelo VHC há menos de 6 meses.

VHC crónico: ter-se a infeção pelo VHC há mais de 6 meses.

A genética explica em parte estas diferenças, mas há outros fatores envolvidos.

As pessoas que eliminam o VHC sem recurso a tratamento já não são infecciosas. Geralmente têm resultados positivos em testes de anticorpos do VHC, mas este não será detetável no sangue (carga viral negativa).

É complicado decidir se se deve ou não tratar a infeção aguda por duas questões médicas.

1. Aguardar para ver se o VHC é eliminado naturalmente sem recurso a tratamento;
2. Ter-se receio de transmitir a infeção aos parceiros por via sexual;

Atualmente existem divergências entre as principais linhas orientadoras.

Algumas linhas orientadoras (incluindo as da Associação Europeia para o Estudo do Fígado, a EASL) recomendam a toma de AAD na fase de infeção aguda, apesar destes medicamentos só estarem aprovados para o tratamento da infeção crónica.

A página 34 aborda com maior detalhe o tratamento da infeção aguda.

Ligação

Linhas orientadoras para o tratamento da hepatite C da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL): www.easl.eu
 Linhas orientadoras da Associação americana para o estudo do fígado (AASLD) - www.aasld.org

Infeção crónica

A infeção crónica refere-se a qualquer momento após a infeção aguda (os primeiros seis meses após a infeção).

Entre pessoas seronegativas para a infeção pelo VIH, a infeção pelo VHC não tratada progride geralmente de forma muito lenta, no decorrer de décadas.

Algumas pessoas nunca desenvolvem danos hepáticos graves ou sintomas. Mas a maioria das pessoas têm cicatrizes leves a moderadas (fibrose) ou sintomas como cansaço, depressão e confusão. Uma infeção pelo VHC não tratada também pode causar outros problemas de saúde.

A infeção pelo VIH aumenta o risco de desenvolver e acelera a evolução dos danos hepáticos causados pelo VHC. É por este motivo que o acesso aos AAD é prioritário para pessoas coinfectadas.

Tratar (e curar) o VHC antes de este causar danos hepáticos graves previne a falência hepática e o surgimento de cancro hepático. As pessoas com cirrose devem ser tratadas por um especialista.

O risco de desenvolvimento de cancro hepático diminui, mas permanece em pessoas com cirrose, mesmo após a cura, sendo necessário rastreio regular.

Coinfeção pelo VIH e VHC

O VHC não piora o VIH, mas a infeção pelo VHC não tratada pode complicar o tratamento da infeção pelo VIH.

Isto porque o fígado processa a maioria dos medicamentos antirretrovirais e a infeção pelo VHC aumenta o risco de efeitos secundários relacionados com o fígado causados pelos antirretrovirais.

Porém, os benefícios do tratamento antirretroviral são maiores que os riscos.

Entre os fatores que aceleram a progressão da infeção pelo VHC incluem-se:

- Coinfeção pelo VIH;
- Consumo diário de álcool, sobretudo se superior a 50 gramas (seis unidades) por dia. Um copo pequeno de vinho (175ml) equivale a duas unidades;
- Envelhecimento (acima de 40 anos);
- Duração da infeção pelo VHC;
- Idade elevada aquando da infeção pelo VHC (acima de 40);
- Coinfeção pelo VHB;
- O VHC pode progredir mais rapidamente em homens que em mulheres pré menopausa.

A coinfeção pelo VIH/VHC deve ser tratada uma vez que os AAD são tão eficazes, seguros e resultam igualmente bem em pessoas seropositivas para o VIH.

No entanto, são muitas as pessoas que vivem há muito tempo com as duas infeções. Neste período, o VHC pode ter evoluído, sobretudo se a contagem CD4 tiver sido inferior a 200.

Além disso, algumas das mortes relacionadas com a coinfeção devem-se a um diagnóstico tardio da infeção pelo VHC ou a um tratamento tardio à mesma infeção depois de já terem ocorrido danos hepáticos graves.

Como posso proteger o meu fígado?

A forma mais simples de limitar e prevenir danos hepáticos passa por tratar a infeção pelo VHC com os AAD modernos.

Estes medicamentos são seguros e eficazes.

Enquanto se aguarda o acesso ao tratamento é possível fazer uma monitorização regular da saúde do fígado com um médico. As seguintes alterações no estilo de vida poderão ajudar.

Mudanças de estilo de vida: dieta, exercício e álcool

As coisas que são boas para a saúde em geral, como parar ou reduzir o consumo de álcool, uma dieta equilibrada, uma vida ativa e o não consumo de tabaco, também são boas para o fígado.

Entre estas e outras mudanças incluem-se:

- Reduzir o consumo ou parar de beber álcool. Quanto menos se beber, melhor para o fígado;
- Vacinação contra as hepatites A e B;
- Uma boa dieta inclui a ingestão de menores quantidades de comida processada e salgada, mais fruta e vegetais frescos, carboidratos complexos (grãos integrais, pães, arroz, massa), comida com baixo teor de gordura e elevado teor de fibra e uma dose adequada (mas não excessiva) de proteína.



- Manter um peso normal. O excesso de peso aumenta o risco de fígado gordo;
- Ingerir muita água ajuda o fígado a filtrar os dejetos e toxinas;
- Três cafés por dia (com ou sem cafeína) podem atrasar a progressão de fibrose e reduzir o risco de cancro hepático;
- A ingestão diária de chocolate preto (85% cacau) foi associada a uma melhor saúde do fígado e a um risco reduzido de problemas cardíacos;
- É necessário colocar questões e procurar apoio, bem como falar com outras pessoas que vivam com VIH ou a coinfeção.

A versão online deste guia inclui informação mais detalhada sobre dieta, exercício, redução do álcool e outras mudanças de estilo de vida.

Descobrir se se tem VHC - e obter apoio

Descobrir que se tem VHC

A resposta à infeção pelo VHC dependerá muito de este ser um diagnóstico recente ou antigo e de se ser ou não seropositivo para o VIH há muitos anos.

Receber o diagnóstico de uma infeção nunca é uma boa notícia. Mas se os diagnósticos forem recentes, poderá ser mais importante procurar apoio para a infeção pelo VIH que para o VHC. Ou, se se viver há muito com a infeção pelo VIH, algumas das estratégias utilizadas para lidar com o VIH poderão ser úteis agora.

Independentemente das circunstâncias, é provável que ajude poder-se falar sobre o que se está a sentir. Muitas vezes criar ligações com pessoas que já passaram por experiências semelhantes pode ajudar.

Hepatite C em fase aguda em homens que têm sexo com homens

Desde 2005 que a maioria dos casos de infeção aguda pelo VHC entre pessoas seropositivas para o VIH têm sido entre homens que têm sexo com homens.

A maioria dos casos ocorreu através de exposição sexual. Isto levantou novas questões sobre a revelação do estatuto serológico, algo muitas vezes difícil devido ao preconceito e medo.

Embora um tratamento precoce possa curar o VHC e reduzir a transmissão, o acesso aos AAD pode ser demorado. Além disso, alcançar a cura não previne a reinfeção.

Online encontram-se mais informações sobre a experiência de homens que têm sexo com homens e que têm diagnósticos recentes.

<http://i-base.info/guides/hepc/new-infections-and-gay-men>

Coinfeção VIH/VHC de longa duração

É comum que as pessoas que contraíram a infeção pelo VIH através de produtos com sangue ou de consumo de drogas por via injetada também tenham a infeção pelo VHC.

A existência dos AAD significa que a maioria das pessoas com infeção pelo VHC de longa duração pode agora ser curada.

Viver-se há muito tempo com a coinfeção pode ajudar num acesso mais rápido aos AAD. Deve-se falar sobre isso com o médico.

Online encontram-se mais informações sobre a experiência de pessoas com coinfeção de longo prazo.

[Http://i-base.info/guides/hepc/long-term-coinfection](http://i-base.info/guides/hepc/long-term-coinfection)



Rastreo e monitorizaçã

Rastreo para o VHC

quando se é seropositivo para o VIH

Se se for seropositivo para o VIH, recomenda-se a inclusã do rastreo anual ao VHC na lista de cuidados de saúde de rotina.

Mas o rastreo ao VHC também se baseia nos riscos. O rastreo ao VHC é mais importante quando, por exemplo, se é sexualmente ativo e/ou se tem outra IST e/ou se partilhou algum material durante o consumo de drogas por via injetada.

O rastreo ao VHC também é recomendado quando há um aumento do valor das enzimas hepáticas.

Testes para diagnosticar a infeçã pelo VHC

O rastreo à infeçã pelo VHC tem duas fases, mas está dependente do historial de infeçã da pessoa – ver Tabela 1.

1) O primeiro teste é geralmente aos anticorpos do VHC.

Um resultado positivo para anticorpos significa que ou já se teve a infeçã e esta foi eliminada ou ainda se tem a infeçã pelo VHC. Um resultado negativo significa que não se tem VHC. Este tipo de teste não deteta infeçõs recentes pelo VHC pois os anticorpos podem levar de 6 a 24 semanas a se desenvolverem.

Além disso, se a contagem CD4 for inferior a 200, é possível que o sistema imunitário não produza anticorpos para o VHC.

Se já se teve VHC e se se eliminou ou curou a infeçã, o rastreo de rotina (para a reinfeçã) deve ser feito com um teste de carga viral ou de antigénio do VHC.

2) Um teste de carga viral (RNA) ou de antigénio do VHC irá confirmar ou eliminar a possibilidade de uma atual infeçã.

Estes testes procuram uma evidência direta do vírus ou da replicaçã viral.

Se os resultados forem positivos, significa que se tem atualmente uma infeçã pelo VHC.

Tabela 1: testes ao VHC e significado dos resultados para a infeçã pelo VHC

Tipo de teste			
Diagnóstico	Resultado do teste de anticorpos	RNA do VHC (carga viral) ou antigénio	ALT: enzima hepática
Infeçã anterior, mas eliminada.	Positivo	Indetetável ou negativo em dois testes com pelo menos 6 meses de intervalo	Retorno ao normal.
VHC agudo	Negativo, mas positivo após 6 a 24 semanas.	Detetável em 1 a 2 semanas, geralmente muito elevado	Até 7 a 10 vezes superior ao normal.
VHC crónico	Positivo.	Detetável.	Talvez persistentemente normal, flutuável ou persistentemente elevado.

Se o resultado for indetetável/negativo é possível que se tenha eliminado espontaneamente a infeção pelo VHC – mas será necessário fazer um teste seis meses depois para o confirmar.

O teste de antigénio do VHC é uma alternativa mais barata e rápida ao teste de carga viral, mas fornece informação semelhante. Procura uma proteína produzida pelo VHC presente no organismo, mas não é um teste fidedigno se a carga viral for muito baixa.

Outros exames de rotina ao sangue

O médico deve fazer outras análises sanguíneas após um diagnóstico de infeção pelo VHC.

As mais importantes são análises ao genótipo do VHC, os testes às enzimas hepáticas (ALT/AST) e scans não invasivos (ver abaixo).

É também importante fazer o teste para as hepatites A e B, de forma a tomar as vacinas, se assim for necessário.

Outras formas de monitorização incluem a contagem sanguínea (hemograma), o tempo de protrombina (parâmetro de coagulação do sangue) de outras enzimas hepáticas (incluindo a albumina, a bilirrubina e GGT), função renal e teste de gravidez se necessário. A versão online desta brochura inclui informações sobre estes outros testes.

www.i-Base.info/guides/hepC

Genótipo do VHC

Existem pelo menos sete tipos diferentes de VHC, conhecidos como genótipos.

Os genótipos estão numerados de G1 a G7, pela ordem pela qual foram descobertos.

Estes genótipos também têm variações, conhecidas como subtipos, nomeadas através de letras minúsculas (a, b, c, etc.), também pela ordem de descoberta.

Cada genótipo e subtipo é um vírus diferente. É possível ser-se infetado e reinfetado por mais de um genótipo ou subtipo.

É também possível a reinfeção pelo mesmo genótipo ou por um diferente após ter-se eliminado ou curado a infeção pelo VHC.

Em Portugal, todas as pessoas coinfectadas devem fazer um teste de genótipo do VHC embora alguns AAD tratem todos os genótipos.

Testes de enzimas hepáticas: ALT e AST

As enzimas hepáticas são proteínas com funções específicas (e com nomes longos e difíceis).

Se o fígado se encontrar danificado, algumas destas enzimas saem do fígado e penetram na corrente sanguínea.

São várias as coisas que podem causar um aumento dos níveis de enzimas hepáticas. Entre elas incluem-se:

- Prescrição de medicamentos e consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica;
- Ervas, vitaminas e suplementos;
- Elevado consumo de álcool ou drogas;
- Nova infeção pela hepatite ou infeção já existente.

Os medicamentos antirretrovirais podem causar um aumento das enzimas hepáticas, embora geralmente não para níveis perigosos. Em alguns casos pode ser necessário interromper ou trocar a medicação.

As pessoas que tomam medicação antirretroviral (ou outra medicação processada pelo fígado) devem medir regularmente as enzimas hepáticas. Isto é especialmente importante se estiverem coinfectados pelo VHC. Um aumento das enzimas hepáticas nem sempre significa que existem danos hepáticos. Mas níveis consistentemente elevados podem ser sinal de dano recorrente que deve ser tratado.

Medição de danos hepáticos

Os danos hepáticos costumavam ser definidos de duas formas, com base nos resultados da biópsia ao fígado.

- 1) O “estadio” medido pela quantidade de fibrose (cicatrizes);
- 2) O “grau” medido pela dimensão da inflamação, que por sua vez está relacionada à taxa de cicatrizes futuramente desenvolvidas.

Em 2017, os scans não invasivos, como o FibroScan, reportam os danos hepáticos como sendo leves, moderados e graves.

Rigidez do fígado (FibroScan)

O FibroScan é recomendado para a monitorização da saúde do fígado em pessoas coinfectadas.

Este exame é indolor: não acarreta nenhuma dor ou risco. Leva menos de dez minutos e produz resultados imediatos. O FibroScan reduziu drasticamente a necessidade de se fazer uma biópsia ao fígado.

O FibroScan avalia a rigidez do fígado medindo a rapidez com que as ondas de vibração atravessam o órgão. Quanto mais danificado ou rígido o fígado estiver, mais rapidamente passarão as ondas. Os resultados são apresentados em quilopascals (kPa). Quanto mais elevado for o número, maior será o dano hepático.

Os resultados do FibroScan devem ser interpretados com base noutros fatores.

Uma avaliação superior a 7,2 kPa indica uma grande probabilidade de fibrose significativa. Uma avaliação superior a 14,5 kPa em alguém coinfectado pelo VHC e VIH é indicativa de cirrose.

Vídeo do FibroScan



Vídeo de FibroScan do i-Base com o Dr. Sanjay Baghani do Royal Free Hospital.
https://www.youtube.com/watch?v=L_E4ZGmKooA

Porém, o FibroScan não é um teste perfeito e não resulta com todas as pessoas.

- Pode ser difícil de realizar e os resultados podem não ser fidedignos em pessoas obesas;
- Pode sobrestimar os danos em pessoas com infeção aguda pelo VHC;
- É menos sensível a detetar pequenas diferenças entre danos hepáticos suaves e moderados.

No entanto, o FibroScan é muito sensível na deteção de danos graves. Consegue por isso identificar as pessoas que necessitam mais urgentemente de tratamento para o VHC.

Se estes identificarem danos hepáticos graves, deve-se repetir o teste para confirmar os resultados do FibroScan.

Outros biomarcadores não invasivos

Se o FibroScan não estiver disponível, é possível através de um grupo de análises sanguíneas para avaliar os danos hepáticos.

Os resultados laboratoriais podem ajudar a identificar danos hepáticos graves. Os resultados são muito bons, mas não são tão úteis quanto o FibroScan ou uma biópsia.

Em Portugal, se o FibroScan não estiver disponível ou se os resultados não forem claros, pode ser recomendada a monitorização através das análises calculado por uma fórmula matemática a probabilidade de ter ou não fibrose avançada.

Estas fórmulas matemáticas são várias e incluem o APRI, FIB-4, ELF, Fibrometer e Fibrotest.

Biópsia hepática

A biópsia hepática mede o estadio e grau dos danos hepáticos através da colheita de uma pequena amostra do fígado para análise em microscópio.

Porém, uma vez que se trata de um teste invasivo, só é utilizado quando não é possível recorrer a outros tipos de teste.

Rastreio de cancro hepático em pessoas com cirrose

As pessoas com cirrose causada pela infeção pela hepatite C estão em situação de maior vulnerabilidade ao cancro hepático, mesmo que já tenham curado a infeção. Um rastreio regular pode detetar o cancro hepático num estadio inicial.

Geralmente, o rastreio consiste num scan ao fígado feito por ecografia, tomografia computadorizada (TC) ou uma ressonância magnética, e uma análise ao sangue para medir a alfafetoproteína (AFP, uma proteína produzida no tecido hepático tumoral).

Recomenda-se o rastreio a cada seis meses.

AAD: tratamento e gestão da infeção pelo VHC

Introdução aos AAD

AAD significa antiviral de ação direta. São medicamentos que atacam o vírus da hepatite C.

Os AAD curam mais de 95% das pessoas, geralmente com um a dois comprimidos por dia ao longo de 12 semanas (por vezes durante mais tempo, até 24 semanas, ou menos, 8 semanas).

Num mundo ideal, o passo a tomar após receber-se o diagnóstico de infeção pelo VHC seria um tratamento de curta duração. Não seria necessária monitorização ou rastreio, apenas tratamento e cura.

No entanto, os elevados preços cobrados pelos AAD significam que o acesso ao tratamento é limitado para a maioria das pessoas em todo o mundo. Em Portugal, todos os doentes têm o direito de ser tratados.

Diferentes classes de AAD

Tal como com os medicamentos para o VIH, cada classe de AAD funciona para um diferente estadió do ciclo de vida do VHC.

Estas classes são:

- Inibidores da prótease do VHC (IP);
- Não nucleótidos, nucleótidos e inibidores da polimerase não nucleótidos;
- Inibidores NS5A.

Os AAD são usados em combinação, e, por vezes, também com ribavirina (RBV).

A adesão aos AAD é muito importante. Esta é definida pela toma de mais de 95% das doses na hora adequada.

Quais os objetivos do tratamento?

O tratamento para o VHC tem dois objetivos. Um é a cura da infeção pelo VHC e o outro é a melhoria da saúde do fígado.

Objetivo 1: cura do VHC

O primeiro objetivo é eliminar o VHC. A isto se chama cura.

Uma cura é definida por uma carga viral do VHC indetetável nas 12 semanas após a última toma (RVS-12). RVS significa resposta viral (ou virológica) sustentada.

99% das pessoas que têm RVS-12 mantêm-se livres do VHC. Isto ocorre independentemente do seu estatuto serológico para a infeção pelo VIH.

Embora a infeção pelo VHC possa por vezes recidivar após o fim do tratamento, ocorre geralmente precocemente (4 semanas).

Porém, a cura não protege contra uma reinfeção.

Objetivo 2: melhoria da saúde do fígado

O segundo objetivo do tratamento para o VHC é a melhoria da saúde do fígado.

Isto ocorre com a redução da inflamação do fígado. Para além de prevenir danos futuros, a fibrose pode por vezes ser parcialmente revertida. Estas melhorias ocorrem geralmente nas pessoas que atingem a cura.

Estar-se curado reduz o risco de fibrose do fígado, cancro hepático e falência hepática em pessoas seronegativas e seropositivas para o VIH.

Nas pessoas seropositivas para o VIH, a cura reduz o risco de morte por causas relacionadas com o fígado e a infeção pelo VIH, mesmo quando existe cirrose.

O tratamento para o VHC também pode reduzir os efeitos secundários da TAR relacionados com o fígado.

Quem necessita de tratamento para o VHC?

As pessoas seropositivas para o VIH coinfectadas pelo VHC devem ter acesso ao tratamento com AAD.

Embora as linhas orientadoras recomendam que todas as pessoas que vivam com VHC façam tratamento, é dada prioridade no acesso aos AAD a pessoas com fibrose em estadio mais avançado.

Desde fevereiro de 2015 que em Portugal os ADD são recomendados para todos os genótipos. Ninguém deve ter de recorrer ao tratamento anterior com interferão peguila-do (PEG-IFN) e ribavirina (RBV).

A urgência atribuída ao tratamento está dependente de vários fatores.

Entre estes incluem-se:

- Se a infeção pelo VHC é aguda ou crónica;
- O genótipo do VHC pode ser um fator na decisão sobre quando tratar e quando aguardar mais algum tempo;
- Como o paciente se sente quanto à urgência do tratamento;
- Como se sente quanto ao risco de transmissão;
- A dimensão dos danos hepáticos:
 - **Doença hepática leve** não requer tratamento imediato. Caso tenha decidido aguardar pelos AAD, isto facilita o processo. É importante fazer uma monitorização regular para avaliar a progressão da fibrose.
 - **Doença hepática moderada** têm um maior risco de progressão para cirrose e uma maior necessidade de tratamento.

- A **cirrose compensada** (quando o fígado está danificado, mas ainda consegue funcionar) deve ser tratada. Recomenda-se a toma de AAD, mas é também necessária uma monitorização cuidada.

- A **cirrose descompensada** (quando os danos são tão graves que o fígado deixa de funcionar) pode ser tratada com AAD, mas as taxas de cura são inferiores (50% a mais de 80%).

É fundamental a referenciação para hepatologistas. A consulta deve ser sobre tratamento, transplante hepático e gestão de complicações.

Antivirais de ação direta (AAD)

Em 2017, todas as linhas orientadoras recomendavam que o VHC crónico fosse tratado com todas as combinações orais de AAD. Isto inclui o tratamento para todas as pessoas coinfectadas com a infeção pelo VIH.

Estes medicamentos têm as mais elevadas taxas de cura e poucos efeitos secundários. Os AAD envolvem geralmente apenas um a três comprimidos por dia durante 12 semanas. Em alguns casos o tratamento tem uma maior duração.

Alguns AAD só são eficazes contra alguns genótipos do VHC. Isto significa que a combinação recomendada pelo médico tem de ser adaptada ao paciente.

Os atuais AAD de regime único e as combinações de dose fixa (FDC) estão indicados na Tabela 4. Há outros AAD em produção e é provável que sejam aprovados num futuro próximo.

Quão bem funciona o tratamento?

As elevadas taxas de cura (superiores a 95%) demonstram que os AAD são suficientemente eficazes para tratar quase todas as pessoas.

Mesmo entre pessoas com cirrose, onde as taxas de cura são inferiores, estas ainda rondam os 80%.

Qual é a duração do tratamento para o VHC?

Geralmente os AAD só requerem um tratamento com a duração de 12 semanas.

A necessidade de um tratamento de maior duração depende do historial de tratamento, do genótipo, da carga viral do VHC, da existência de cirrose e da resistência medicamentosa.

Atualmente, alguns doentes podem fazer tratamentos de 8 semanas.

O tratamento com medicamentos para o VHC mais antigos (interferão peguilado e ribavirina) costumava durar entre 6 a 12 meses, ou mesmo 18 meses.

E os efeitos secundários?

Os AAD têm poucos efeitos secundários. Os relatados raramente requerem a interrupção do tratamento.

Porém, o médico precisa de ter conhecimento de quaisquer novos sintomas de forma a poder verificar se estes são expectáveis e geri-los.

Os efeitos secundários da ribavirina incluem anemia, sensação de cansaço, irritabilidade, náuseas e *rash* cutâneo.

Como é calculada a resposta ao tratamento para o VHC?

São usados vários termos clínicos e abreviaturas para descrever as respostas ao tratamento para o VHC (ver Tabela 2).

O mais importante é SVR-12, pois este define a cura da infeção pelo VHC.

Tratar a infeção aguda pelo VHC

Embora os AAD não estejam atualmente aprovados para a infeção aguda, são recomendados pelas linhas orientadoras da EASL.

É provável que as taxas de cura sejam tão elevadas quanto as da infeção crónica pelo VHC. A SVR deve ser verificada às 12 e 24 semanas, pois já foram relatados recidivas tardias.

Por vezes é necessário ter infeção crónica pelo VHC para se ser incluído na lista de espera para aceder aos AAD.

Estas linhas orientadoras e definições podem mudar. Por exemplo, uma vez que a eliminação espontânea é pouco provável se a carga viral do VHC não descer nos três meses após a infeção, é provável que no futuro venha a ser aprovado um acesso mais precoce aos AAD.

Para a maioria das pessoas, aguardar alguns meses não irá afetar a saúde a longo prazo.

É recomendável parar de ingerir álcool e compreender e reduzir os riscos de transmissão da infeção pelo VHC por via sexual.

Tabela 2: termos usados para descrever respostas ao tratamento para o VHC

Abreviatura	Termo	Significado e comentário
SVR-12	Resposta virológica sustentada 12 semanas após o final do tratamento.	SVR-12 significa ter carga viral indetetável 12 semanas após o fim do tratamento. É considerado cura.
Recorrência	Avanço viral	Quando a carga viral se torna indetetável durante o tratamento para o VHC, para depois voltar a estar detetável ainda durante o mesmo.
Recidiva	Relapso	Quando a carga viral se torna indetetável durante o tratamento, voltando a tornar-se detetável uma vez terminado o mesmo.
Experimentado	Alguém que já fez um ou mais tratamentos para o VHC.	Com os AAD, alguém experiente em tratamento é alguém que fez o tratamento anterior – isto é, com inibidores da protease.

AAD e coinfeção pelo VHB

A reativação da hepatite B (VHB) pode ser um problema raro, mas sério, durante o tratamento com AAD.

Uma infeção pelo VHB que tenha sido previamente eliminada ou que esteja “inativa” pode ressurgir, o que pode conduzir a falência hepática que, em casos muito raros, pode ser fatal. É por isso recomendado o rastreio ao VHB antes de se iniciar o tratamento com AAD.

Embora a maioria das pessoas seropositivas para o VIH estejam provavelmente sob tratamento para o VIH e VHB, continua a ser necessária uma monitorização detalhada desta última infeção quando se está a fazer o tratamento para o VHC.

Com a coinfeção pelo VHB/VHC, um vírus suprime o outro, sendo geralmente o VHC a suprimir o VHB. Os AAD causam uma redução drástica da carga viral do VHC, o que por sua vez pode fazer com que o VHB seja reativado.

TAR em pessoas com coinfeção

As principais preocupações ao escolher um tratamento antirretroviral quando se vive com VHC são:

- Evitar a toxicidade hepática e danos causados pela medicação antirretroviral;
- Conhecer as interações com o tratamento para o VHC.

Felizmente, apenas um reduzido número de medicamentos antirretrovirais aumenta o risco de complicações no fígado em pessoas com VHC. Estes são usados raramente (d4T, ddI, tipranavir, etc.) ou fáceis de evitar (nevirapina).

Os AAD só exigem um tratamento de curta duração, quaisquer potenciais interações medicamentosas são fáceis de evitar através da mudança da TAR neste período.

Retratar o VHC

Embora os AAD curem mais de 95% das pessoas infetadas (incluindo as que não atingiram a cura ou que não conseguiram tolerar o PEG-IFN mais RBV) e 80% das pessoas com cirrose, ainda existem pessoas que necessitam de repetir o tratamento.

Caso não se tenha respondido a um tratamento anterior e menos eficaz, um novo tratamento com os novos medicamentos para o VHC poderá ser mais eficaz.

Alguns regimes de AAD têm sido muito eficazes em pessoas que não foram curadas com PEG-IFN, RBV e um AAD ou certas combinações de AAD.

Antigos medicamentos para o VHC: peginterferão e ribavirina

A versão online desta brochura inclui informação sobre medicamentos mais antigos para o VHC.

Ribavirina - ainda utilizada em alguns AAD

A ribavirina (RBV) é um nucleótido análogo semelhante a alguns medicamentos antirretrovirais.

Trata-se de um medicamento de toma oral, comercializado em comprimido ou cápsula, duas vezes ao dia. É geralmente doseado a partir do peso do paciente. Entre os nomes comerciais da ribavirina incluem-se *Copegus*® e *Rebetrol*®.

Por si só, a ribavirina não age diretamente contra as infeções pelo VHC ou VIH. Porém, esta melhora a resposta ao tratamento com interferão peguilado (PEG-IFN). A RBV é também usada com algumas combinações de AAD, sobretudo em pessoas com cirrose.

Peginterferão - não recomendado

O interferão é a versão criada em laboratório de um químico que o nosso organismo já produz. Atua diretamente contra o VHC, mas também estimula o sistema imunitário a combater o vírus. O PEG-IFN é administrado através de uma injeção semanal.

No entanto, os seus efeitos secundários podem ser graves e o tratamento leva entre 6 a 12 meses.

Primeiros inibidores da protease do VHC - boceprevir e telaprevir

O boceprevir e o telaprevir foram os primeiros AAD a obter aprovação.

Já não são fabricados por causarem demasiados efeitos secundários difíceis de gerir.

Doença hepática em estadio avançado

Gestão de cirrose

Um fígado danificado continua a funcionar, mas a cirrose aumenta o risco de falência hepática e outras complicações graves e potencialmente letais.

Os AAD resultam, mas são geralmente um pouco menos eficazes e os efeitos secundários podem ser piores.

Por vezes a ribavirina também é necessária, e/ou o tratamento é mais longo (16 ou 24 semanas).

Deve-se consultar um hepatologista sobre o tratamento para o VHC.

Avaliação Child-Pugh

A avaliação Child-Pugh é utilizada para avaliar a gravidade da cirrose e o estadio final de doença hepática (ESLD). Alguns AAD não podem ser usados em pessoas com cirrose mais avançada (Child-Pugh classe B ou C).

Esta avaliação é calculada com base nos resultados de vários testes, incluindo à bilirrubina, albumina e TP (INR) e à presença de ascite e encefalopatia.

As classes A e B categorizam a cirrose compensada e a classe C indica doença descompensada – ver a Tabela 3.

Tabela 3: avaliação Child-Pugh

Grau	Avaliação (pontos)	Cirrose
Classe A	5 – 6	Compensada
Classe B	7 – 9	Compensada
Classe C	10 – 15	Descompensada

Glossário:

Ascite: acumulação anormal de fluido no abdómen, sinal de danos hepáticos graves.

Encefalopatia: pioria da função cerebral ou doença.

Transplante de fígado em pessoas coinfectadas com VIH e VHC

Chama-se descompensação hepática (ou cirrose descompensada) à fase em que o fígado já não consegue gerir (ou compensar) os danos e a função hepática piora.

Alguns AAD podem ser administrados a pessoas com doença hepática descompensada. Um hepatologista poderá acompanhar o tratamento para o VHC. Por vezes a cura da infeção melhora a função hepática, mas se tal não ocorrer poderá ser necessário um transplante.

Um transplante é uma grande cirurgia e as taxas de sucesso variam. O acesso a um transplante é também complicado pela falta de doadores.

A TAR permite agora que pessoas seropositivas para a infeção pelo VIH façam transplantes de fígado. Centros no Reino Unido, Espanha, França, Itália, Portugal e nos E.U.A. também relataram transplantes bem-sucedidos em pessoas seropositivas para o VIH. Alguns centros também relataram taxas de sobrevivência semelhantes às da população seronegativa para o VIH.

A gestão clínica mantém-se complexa por existir o risco de rejeição. A toma de AAD antes e depois do transplante reduz o risco de reinfeção pelo VHC no novo fígado.

Devem ser geridas cuidadosamente as interações entre medicamentos usados para suprimir o sistema imunitário após um transplante e os inibidores da protease para o VIH/VHC.

O VHC progride mais rapidamente em pessoas seropositivas para o VIH e a sobrevivência após a descompensação é mais curta que a observada entre pessoas seronegativas para o VIH.

É por isso importante que as pessoas coinfectadas sejam referenciadas para serviços de transplante numa fase mais inicial da doença que as pessoas infetadas somente pelo VHC.

São poucos os centros de transplantes que fazem transplantes de fígado em pessoas coinfectadas e a referência para um destes centros é essencial.

Interações com medicamentos para o VHC

Os medicamentos para a infeção pelo VHC podem ser tomados ao mesmo tempo que vários antirretrovirais, mas existem algumas possíveis interações que devem ser tidas em conta.

O médico deve procurar ver se existem possíveis interações entre todos os medicamentos que se toma. Isto inclui medicamentos prescritos por profissionais de saúde e medicamentos não sujeitos a receita médica, bem como quaisquer suplementos, ervas medicinais e drogas recreativas.

A base de dados online sobre interações com medicamentos para o VHC da Universidade de Liverpool é gratuita e fácil de utilizar.

www.hep-druginteractions.org

Este site de frequente atualização inclui tabelas com interações entre medicamentos recorrendo a um resumo com um esquema semelhante ao das luzes de semáforo:

- Vermelho significa que os medicamentos não devem ser tomados em conjunto devido a interações;
- Amarelo significa cautela ou necessidade de monitorização adicional;
- Verde significa que não é provável que exista qualquer interação.

É possível imprimir os detalhes sobre cada uma das interações.

Por vezes a recomendação baseia-se num risco teórico e por vezes monitorizar os níveis dos medicamentos antirretrovirais no sangue.

As linhas orientadoras do EASL incluem uma tabela com o resumo das interações entre os medicamentos para o VIH e VHC.

A bula de cada medicamento para o VHC também inclui detalhes sobre interações medicamentosas.

Ligações

Informação detalhada sobre prescrição e toma para cada AAD:

i-base.info/daa

Linhas orientadoras clínicas da EASL e AASLD:

Management of HCV infection (2016)
www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines
https://www.hcvguidelines.org/sites/default/files/full-guidance-pdf/HCVGuidance_September_21_2017_h.pdf

Tratamento do VHC em pessoas que usam drogas por via injetada

As pessoas que usam drogas por via injetada podem por vezes ter dificuldade em aceder ao tratamento para o VHC.

Isto ocorre apesar das atuais linhas orientadoras recomendarem que as pessoas que usam drogas por via injetada façam o tratamento para o VHC.

Há utilizadores de drogas (incluindo em estudos clínicos publicados), quer por via injetada ou outra, que seguiram com sucesso semelhante ao dos não utilizadores os tratamentos para o VIH e VHC. Isto demonstra que as preocupações sobre a adesão não devem ser uma barreira ao tratamento.

Em dois ensaios conduzido entre pessoas que consumiram ativamente drogas durante o tratamento da infeção pelo VHC, coinfectadas ou não, concluiu-se que a adesão e as taxas de cura eram semelhantes às das pessoas que não consumiam drogas.

Estas sugestões poderão facilitar o acesso ao tratamento:

- Deve-se tentar não faltar às consultas. Alguns médicos usarão a assiduidade como critério para recusar o acesso ao tratamento a alguns doentes.
- Não se deve evitar aceder aos serviços de saúde por se estar a usar drogas. Isto é particularmente importante quando se está em tratamento para a infeção pelo VHC, pois o médico deverá monitorizar e tratar os eventuais efeitos secundários.
- Deve-se tentar encontrar um médico que esteja disponível para trabalhar com utilizadores de drogas e que trate a infeção pelo VHC.
- Deve-se falar com outros utilizadores de drogas e procurar recomendações de médicos – ou indicações sobre os profissionais a evitar.
- Deve-se também falar com o médico sobre a forma como os efeitos secundários do tratamento serão geridos.

As pessoas que ainda consomem drogas por via injetada devem falar com o médico ou com o programa de troca de seringas para procurar informações sobre formas de injeção mais seguras. Isso irá reduzir o risco de reinfeção pelo VHC (e outras infeções).

Obter AAD: preço e acesso a medicamentos

Esta brochura inclui várias referências aos AAD. Estes novos medicamentos são extremamente eficazes e fáceis de tomar.

Os AAD são recomendados em todas as linhas orientadoras, estando disponíveis gratuitamente no SNS.

Acesso aos AAD em Portugal

As normas de orientação clínica em Portugal estão a ser atualizadas para incluírem também duas novas opções de regime AAD: o *Epcclusa*® (sofosbuvir + valpetasvir) e *Ma-viret*® (glecaprevir + pibrentasvir).

Não estão previstas, nas linhas orientadoras, quaisquer restrições de acesso. Todas as pessoas com diagnóstico de infeção são elegíveis para tratamento.

Têm sido observados problemas no acesso ao tratamento de pessoas que usam drogas e pessoas reclusas. Não existe restrição formal, estas dificuldades de acesso devem-se a barreiras “informais”.

Nem todos os hospitais parecem seguir a mesma política de tratar todas as pessoas diagnosticadas. Há relatos consistentes de que o tempo de espera para aceder ao tratamento pode ser superior a um ano.

Em alguns hospitais não existem meios complementares de diagnóstico, sobretudo ecografias e elastografias (como o FibroScan, por exemplo), obrigando os doentes a deslocar-se a outros lados. E as ecografias têm uma capacidade de resposta muito reduzida, aumentando o tempo de espera.

Campanha pela mudança

Deve-se perguntar o motivo sempre que o acesso aos AAD é negado.

Escrever aos médicos, à Comissão de Saúde ou mesmo ao Ministro da Saúde é uma opção.

A participação ou criação de campanhas comunitárias ajudam a acompanhar as notícias na área ou quaisquer mudanças que surjam.

A maioria destes AAD não custam muito a produzir.

Produzir um tratamento com AAD custa à volta de 100€.

Comprar genéricos online

Algumas pessoas noutros países estão a comprar versões genéricas de AAD ao invés de aguardarem na lista de espera do SNS do seu país.

Isto pode ser feito através de uma visita a um país onde estejam disponíveis medicamentos genéricos ou através da internet.

Embora isto possa não parecer injusto, estas alternativas são legais em alguns países e são formas alternativas de acesso aos cuidados de saúde.

As versões genéricas dos AAD são tão eficazes quanto as versões patenteadas pelas empresas farmacêuticas originais.

Tabela 4: combinações genéricas de AAD

Combinação	Formulação	Genótipo	Nome Comercial
Sofosbuvir/velpatasvir	Combinação de dose fixa	Todos (do 1 a 6)	Epclusa®
Sofosbuvir/ledipasvir	Combinação de dose fixa	1, 4, 5 e 6	Harvoni®
Sofosbuvir + daclatasvir (pouco usado devido ao elevado preço do daclatasvir)	Comprimidos separados	Todos (do 1 a 7)	Sovaldi® + Daklinza®
Pibrentasvir + glecaprevir	Combinação de dose fixa	1, 2, 3, 4, 5 e 6	Mavyret
Sofosbuvir + velpatasvir + voxilaprevir	Combinação de dose fixa	Todos (do 1 ao 6)	Vosevi

Fonte: FixHepC Buyers Club, março de 2017 e linhas orientadoras da EASL (2016).

Os sites de organizações da sociedade civil incluem informações sobre como aceder aos medicamentos dessa forma. Entre eles:

www.fixhepc.com
www.i-base.info/qa/10734

Quer que se compre medicamentos *online* ou se visite outro país, é importante que a compra seja feita a um fornecedor de confiança.

O médico deverá ser capaz de indicar que medicamentos seriam adequados para cada utente. Será também necessária monitorização caso se escolha esta opção. A maioria dos médicos estará disponível para o fazer, mas será necessário perguntar primeiro.

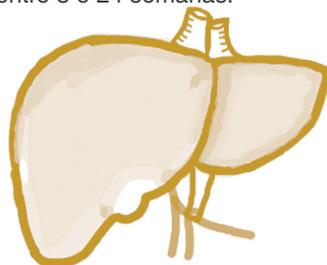
O médico poderá também falar sobre os benefícios e riscos individuais de um tratamento precoce para a infeção pelo VHC em oposição a aguardar na fila de espera pelo tratamento no SNS.

Antes de se dar início ao tratamento, será necessário recolher alguma informação para se perceber qual o tratamento adequado, incluindo se será necessária a toma de ribavirina.

Entre a informação necessária, inclui-se:

- O estado geral de saúde (análises sanguíneas de rotina, incluindo teste de gravidez, se aplicável);
- O tratamento antirretroviral e outros medicamentos que se estejam a tomar (para evitar interações medicamentosas);
- O historial de tratamento para o VHC;
- O genótipo do VHC (se se tem o genótipo 1 também será necessário o sub genótipo, representado por uma letra);
- Possível existência de cirrose.

Estas informações são também importantes para perceber durante quanto tempo será necessário fazer o tratamento, pois este pode variar entre 8 e 24 semanas.



Futuros medicamentos

Embora os AAD funcionem para quase todas as pessoas, uma pequena percentagem de pessoas necessitará de novos medicamentos para o VHC.

Estão em desenvolvimento vários novos medicamentos orais para o VHC e alguns já se encontram na fase final de investigação (em estudos de fase 3) e em fase de negociação com o Infarmed.

Novos AAD em desenvolvimento

A seguinte combinação de dose fixa (FDC) que trata todos os genótipos está na fase final de desenvolvimento.

Foi já aprovada e está em fase de negociação com o INFARMED.

- Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (Vosevi®). Trata-se de uma combinação de dose fixa de toma única diária de um inibidor da polimerase nucleótido, um inibidor NS5A e um inibidor da protease do VHC.

Outras combinações triplas estão numa fase mais inicial de desenvolvimento (fase 2).

Manter-se atualizado sobre a investigação

A página 46 inclui uma lista de organizações de base comunitária que publicam informações sobre os novos tratamentos.

As **linhas orientadoras para o tratamento da infeção pelo VHC** mudam sempre que existem novas informações ou quando são aprovados novos AAD.

Estas devem ser verificadas regularmente. É provável que as linhas orientadoras produzidas para a Europa e para os E.U.A. sejam as mais atualizadas.

- EASL – linhas orientadoras europeias sobre VHC
www.easl.eu
- EACS – linhas orientadoras europeias sobre coinfeção
www.eacsociety.org
- AASLD/IDSA – linhas orientadoras para a hepatite nos E.U.A.
www.hcvguidelines.org

Assuntos controversos

Preço dos medicamentos

O preço dos AAD continuará a ser a principal barreira ao acesso generalizado aos novos tratamentos e a uma cura universal.

Isto é um assunto importante em todo o mundo.

Os AAD podem tornar a infeção pela hepatite C num problema médico do passado. São medicamentos de produção não dispendiosa, mas comercializados a um preço inacessível em vários países de elevados, baixos e médios rendimentos. Em Portugal o tratamento é gratuito.

Medicamentos em desenvolvimento

Dada a elevada eficácia dos atuais medicamentos, a principal vantagem de novos tratamentos poderão ser sobretudo o impacto de um aumento da concorrência no mercado.

Duração do tratamento

Os AAD são tão eficazes e tão dispendiosos que alguns estudos analisaram tratamentos de 8 ao invés de 12 semanas.

Isto parece resultar melhor em pessoas que não têm cirrose, com baixa carga viral do VHC e pessoas que nunca fizeram um tratamento antes.

Contudo, se isto implicar adicionar um terceiro AAD, a custo eficácia poderá ser reduzida e o risco de efeitos secundários e interações medicamentosas poderá aumentar.

Infeção aguda

O equilíbrio entre um tratamento precoce e a necessidade de se aguardar seis meses por uma eliminação espontânea do VHC torna-se mais complicado pelo facto de os AAD não estarem atualmente recomendados para a infeção aguda. Esta questão poderá ser resolvida no futuro.

Retratamento

A atual informação sobre retratamento com AAD em pessoas coinfectadas pelo VIH e VHC é reduzida.

Tratar pessoas por períodos mais longos e/ou com AAD de diferentes classes tem resultado com pequenos grupos de pessoas. O principal desafio para o retratamento é obter acesso a segundos ou terceiros tratamentos.

Tratamento para o VHC em pessoas que consomem álcool em excesso ou usam drogas por via injetada

O tratamento para o VHC é muitas vezes recusado a pessoas que consomem álcool ou usam drogas por via injetada.

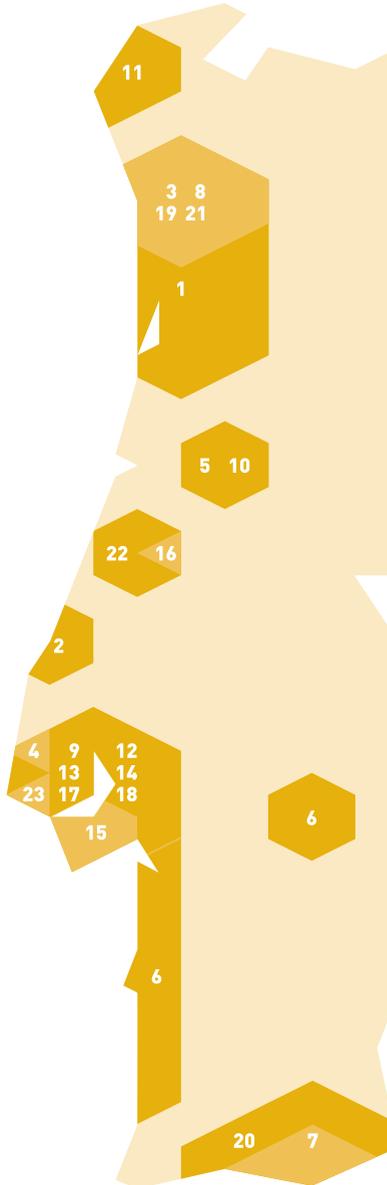
Isto acontece apesar das linhas orientadoras já recomendarem o tratamento. À medida que mais pessoas são tratadas e curadas, e existindo melhor acesso a material de injeção esterilizado, a metadona e buprenorfina, menor será a transmissão do VHC.

Transmissão sexual

Os mecanismos que explicam por que motivo algumas pessoas seropositivas para o VIH têm uma maior vulnerabilidade de infeção pelo VHC por via sexual serão eventualmente mais claros.

Os AAD irão reduzir as transmissões por via sexual à medida que mais pessoas atinjam a cura. Isto reduzirá o número de pessoas que ainda são infecciosas. É provável que continue a ser importante evitar a reinfeção.

Mais informações



1. Abraço - Centro Comunitário de Detecção Precoce de VIH/Sida

R. Damião de Góis, 96, Fração E
4050-221 Porto
Tel.: 937 157 270/ www.abraço.org.pt
Unidade móvel de saúde: Águada/ Albergaria a Velha/ Anadia/ Aveiro/ Mealhada/ Oliveira de Azeméis/ Oliveira do Bairro/ Ovar/ Stª Mª da Feira

2. Acompanha - Projecto Sidade Alerta

Av. do Porto de Pesca, Lote C-11 R/Ch
2520-208 Peniche
Tel.: 262 781 706/ Tm.: 936 027 603/
www.acompanha.pt
Área de intervenção: Alcobaça/ Caldas da Rainha/ Nazaré/ Óbidos/ Peniche

3. Agência Piaget

para o Desenvolvimento (APDES)
Alameda Jean Piaget, 100/ 4411-801 V. N. de Gaia
Tel.: 227 531 106/ 7/ Tm.: 927 952 067/ 910 197
297/ 962 301 076/
www.apdes.pt
Unidade móvel de saúde: Porto/ V. N. de Gaia

4. Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS)

Estrada Militar da Damaia, 23 A/lojal/
2720-373 Damaia
Tm.: 925 370 181/ www.ajpas.org.pt
Área de intervenção: Amadora/ Sintra

5. Associação Existências - Projecto Adão e Eva II

Av. Emílio Navarro, 81, 2ªA/ 3000-151
Coimbra
Tel.: 239 837 033/ Tm.: 965 592 651/
www.existencias.net
Área de intervenção: Coimbra

6. Associação para o Planeamento da Família - APF Alentejo

Av. D. Leonor de Oliveira Fernandes, 91 R/C,
7005-144 Évora
Tel.: 266 785 018 (geral)/ Tm.: 914 327 339/
www.apf.pt
Unidade móvel de saúde: Alcácer do Sal/
Évora/ Grândola/ Santiago do Cacém/ Sines/
Odemira

7. Associação para o Planeamento da Família - APF Algarve

Centro de Incubação de Faro/ R. Monsenhor Henrique da Silva, 9/ 8005-173 Faro
Tel.: 289 863 300/ Tm.: 912 192 800/
www.apf.pt
Unidade Móvel de Saúde: Albufeira/ Faro/
Loulé/ Olhão/ São Brás de Alportel

8. Associação para o Planeamento da Família - APF Norte

Espaço Pessoa - Projeto ECOS 2
Tv. das Liceiras 14/16 / 4000-323 Porto
Tel.: 222 085 869/ Tm.: 914 455 056/
www.apf.pt
Área de intervenção: Porto

9. Associação Positivo

R. de São Paulo, 216-1ªA/B/ 1200-429 Lisboa
Tel.: 213 422 976/ www.positivo.org.pt
Área de intervenção: Lisboa

10. Cáritas Diocesana de Coimbra

Terreiro da Erva, Quintal do Prior, 7 a 11/
3000-339 Coimbra
Tel.: 239 855 170/ Tm.: 962 329 869/
www.caritas.pt/site/coimbra
Área de intervenção: Coimbra

11. Gabinete de Atendimento à Família (GAF)

R. da Bandeira, 342/ 4900-561 Viana do Castelo
Tel.: 258 829 138 (geral)/
Tm.: 967 385 177 (direto)/ www.gaf.pt
Área de intervenção: Viana do Castelo

12. GAT/ CheckpointLX

Tv. Monte do Carmo, 2/ 1200-227 Lisboa
Tm.: 910 693 158/ www.checkpointlx.com
Área de intervenção: Lisboa

13. GAT/ Espaço Intendente

R. Antero de Quental, 8A/ 1150-043 Lisboa
Tel.: 211 953 273/ Tm.: 919 613 092/
www.gatportugal.org
Área de intervenção: Lisboa

14. GAT/ In-Mouraria

Cç. de Santo André, 79/ 1100-496 Lisboa
Tel.: 211 953 273/ Tm.: 912 870 382/
www.gatportugal.org
Área de intervenção: Lisboa

15. GAT/ Move-se

Tm.: 910 382 786/ www.gatportugal.org
Unidade móvel de saúde: Península de Setúbal

16. InPulsar

R. Dr. Luís Silveira Charters Azevedo, L.3, 2º
[Q. S. Bartolomeu]/ 2410-022 Leiria
Tel.: 244 028 052/ Tm.: 910 829 160/
www.inpulsar.pt
Área de intervenção: Leiria

17. Mãos Unidas Padre Damião

R. Antero Quental, 17 - 17C/ 1150-041 Lisboa
Tel.: 213 515 720/ www.maos-unidas.pt
Área de intervenção: Lisboa

18. Médicos do Mundo Lisboa

Av. de Ceuta (Sul), Lote 4, Loja 1/
1300-125 Lisboa
Tel.: 213 619 520/ Tm.: 964 444 261/
www.medicosdomundo.pt
Unidade móvel de saúde: Lisboa

19. Médicos do Mundo Porto

R. dos Mercadores, 140, 1º e 3º/
4050-374 Porto
Tel.: 229 039 064/ Tm.: 939 509 680/
www.medicosdomundo.pt
Unidade móvel de saúde: Porto

20. Movimento de Apoio à Problemática da Sida (MAPS)

Av. Cidade Hayward, Bl. C1-D2 caves,
Vale de Carneiros/ 8000-073 Faro
Tel.: 289 887 190
Áreas de Intervenção: Albufeira/ Castro
Marim/ Faro/ Lagoa/ Lagos/ Loulé/ Olhão/
Portimão/ Silves/ Tavira/ V. R. de Sº António

21. Norte Vida

R. de Vila Nova S/N (traseiras H. Magalhães
de Lemos)/ 4100-501 Porto
Tel.: 226 160 750/ Tm.: 961 133 157/
www.nortevida.org
Área de Intervenção: Porto

22. Novo Olhar II

Av. 1º de Maio, 108 (traseiras)/
2430-210 Marinha Grande
Tel.: 244 567 117/ Tm.: 926 582 880
Áreas de intervenção: Leiria/ Marinha Grande

23. SER+

R. André Homem, Edifício SER+, 60/ 2750-783
Cascais
Tel.: 214 814 130/ Tm.: 910 905 974/
www.sermais.pt
Unidade móvel de saúde: Cascais/ Oeiras

NOTA: Muitas das organizações não governamentais têm unidades móveis de saúde. Aconselhamos a contactar via telefone e/ou consultar o site.

Glossário

AAD - antivirais de ação direta, os novos medicamentos para o VHC

ALT - (alanina aminotransferase, também chamada do soro transaminase glutâmico pirúvica – STGP) Uma enzima hepática produzida pelas células do fígado. A ALT é monitorizada regularmente em pessoas seropositivas para o VIH sob TAR para detetar a toxicidade hepática causada pelos antirretrovirais (ou outros medicamentos). ALT elevada significa danos no fígado, mas não indica a gravidade dos mesmos.

Ascite - uma acumulação anormal de fluido no abdómen, sinal de danos hepáticos graves em pessoas que vivem com VHC.

AST - (aspartato aminotransferase, ou transaminase glutâmico-oxalacética do soro) Uma enzima produzida em várias zonas do corpo (coração, intestinos, músculos). A AST é monitorizada regularmente em pessoas seropositivas para o VIH sob TAR para detetar a toxicidade hepática causada pelos antirretrovirais (ou outros medicamentos). AST elevada significa danos no fígado, mas não indica a gravidade dos mesmos.

Biópsia - recolha de uma pequena amostra de tecido para análise laboratorial.

Cirrose - cicatrizes graves no fígado que reduzem a sua capacidade de funcionamento.

Coinfeção - infeção por mais de um vírus.

Encefalopatia - perturbação da função cerebral ou doença.

Enzima - proteína produzida pelo organismo que acelera outras reações químicas.

Estadio - o estadio da hepatite refere-se à quantidade de cicatrizes (fibrose) observada na biópsia. É geralmente avaliado segundo a escala de Metavir de 0 a 4, na qual 0 representa ausência de cicatrizes e 4 cirrose, ou segundo a escala de Knodell de 0 a 6, onde 0 representa ausência de cicatrizes e 6 cirrose.

FibroScan - scan não invasivo que calcula a elasticidade ou rigidez do fígado.

Fibrose - Cicatrizes leves a moderadas no fígado.

Genótipo - categoria para diferentes famílias do VHC.

Grau - a quantidade de inflamação presente na biópsia ao fígado.

Hepatotoxicidade - termo médico para efeitos secundários relacionados com o fígado.

Icterícia - sintoma comum de hepatite: aumento dos níveis de bilirrubina levam ao surgimento de um tom amarelado na pele ou olhos.

Interferão peguado (PEG-IFN) - um antigo medicamento para o VHC tomado em conjunto com ribavirina.

INTR - Inibidores Nucleósidos da Transcriptase Reversa (um tipo de medicamento antirretroviral)

IP (inibidor da protease) - tipo de medicamento antirretroviral ou para o VHC.

Monoinfeção - infeção com um vírus.

PUDI - Pessoa que usa drogas por via injetada.

Ribavirina - Comprimido de toma oral, duas vezes ao dia, geralmente usado com AAD.

SVR-12 - resposta virológica sustentada: ter carga viral indetetável para o VHC 12 semanas após se ter terminado o tratamento. Geralmente a SVR-12 significa que o VHC foi curado.

TAR - tratamento antirretroviral, medicação para a infeção pelo VIH.

Toxicidade - Efeito secundário do tratamento.

Varizes - veias aumentadas ou inchadas que podem rebentar, uma complicação da cirrose.

A
hepatite C tem
cura. O tratamento
dura até seis meses.
O seu acesso é
um direito.



Avenida Paris, 4 - 1º direito
1000-228 Lisboa/ Portugal
Tel.: +351 210 967 826
geral@gatportugal.org
www.gatportugal.org

Parceiros



EUROPE



cope
continuous
patient
education

Financiadores