

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

2017



FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional para as Hepatites Virais 2017
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
ISSN:

PALAVRAS-CHAVE: Hepatites Virais

EDITOR

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
www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para as Hepatites Virais

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

Diretor: Isabel Aldir
Adjunto: Jorge Rodrigues
Equipa: Joana Bettencourt, Teresa de Melo

Lisboa, julho, 2017

ÍNDICE

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	4
2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016/2017	5
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016/2017	10
3.1. Vigilância Epidemiológica	10
3.2. Diagnóstico	10
3.3. Tratamento	10
3.4. Apoio à Sociedade Civil	11
3.5. Monitorização do surto de Hepatite A	11
4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020	13
4.1. Enquadramento	13
4.2. Visão	13
4.3. Missão	13
4.4. Metas de Saúde a 2020	14
4.5. Implementação	14
4.6. Monitorização	15
5. ATIVIDADES PARA 2017	16
5.1. Desígnios para 2017	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17



1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre as hepatites virais, em 2016 e início de 2017.

O que consta do documento?

Um resumo das atividades de 2016 e primeiro semestre de 2017, a previsão do que vai ainda ser feito em 2017 e o que se prevê fazer até 2020.

Quais são as principais conclusões?

- As hepatites virais são uma causa importante de doença e de morte em todo o mundo, incluindo Portugal, mas podem ser prevenidas e tratadas;
- É preciso conhecer melhor a situação do país no que diz respeito a estas infeções, para melhorar a resposta dos serviços de saúde.

O que se quer atingir em 2020?

- Que mais pessoas façam o teste da hepatite B e da hepatite C e saibam se estão infetadas, para poderem ser tratadas;
- Que menos pessoas morram devido à hepatite crónica B e C;
- Que menos crianças nasçam infetadas com o vírus da hepatite B.

1. SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document shows where we are regarding viral hepatitis in 2016 and early 2017.

What can I find in this document?

A summary of what we did in 2016 and first semester of 2017, what we still hope to do in 2017 and what we expect to do until 2020.

What are the main conclusions?

- Viral hepatitis is an important cause of illness and death worldwide, including Portugal, but can be prevented and treated;
- It is necessary to know better the situation of the country with respect to these infections, to improve the response of the health services.

What do we aim for 2020?

- That more people are tested for hepatitis B and hepatitis C and know if they are infected to start treatment;
- That fewer people die from chronic hepatitis B and C;
- That fewer children are born infected with hepatitis B virus.



2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016/2017

As hepatites virais, sendo um problema de saúde há muito conhecido, só mais recentemente passaram a receber atenção por parte dos decisores face à consciência de que constituem uma ameaça global à saúde pública.

Embora uma miríade de agentes possa estar na origem de uma hepatite, o termo hepatite viral refere-se à doença causada por cinco vírus: os vírus da hepatite A e da hepatite E, de transmissão fecal-oral, e os vírus da hepatite B, hepatite C e hepatite D, transmitidos por via parentérica.

Em termos mundiais a hepatite viral A é a mais frequente, mas nos países desenvolvidos são as hepatites virais crónicas (particularmente as hepatites B e C) as que se revestem de maior impacto em termos de morbilidade e mortalidade, ao serem as principais causas de doença hepática crónica.

Na Região Europeia, da OMS, estima-se que mais de 13 milhões de pessoas vivam com infeção crónica por vírus da hepatite B (VHB) e mais de 15 milhões com infeção crónica por vírus da hepatite C (VHC)¹.

Em 2015, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) apontava para prevalências estimadas das infeções por VHB e VHC na UE/EEE de 0,9% e 1,1%, respectivamente, com um total estimado de 4,7 milhões de infeções crónicas por VHB e 5,6 milhões por VHC².

Em Portugal, em relação à hepatite B, estima-se que 0,4 a 1% da população seja portadora de AgHbs^{1,3,4,5}. Relativamente à hepatite C, e desde a implementação do Portal da Hepatite C da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), mais de 17.000 pessoas já foram assinaladas como vivendo com infeção crónica.

Quando se analisa a situação em populações específicas, e de acordo com a informação constante na plataforma de registo dos doentes em hemodiálise, os dados referentes a 2016 revelam a existência de 106 casos de infeção crónica por VHB e 293 por VHC, que maioritariamente já foram tratados ou se encontram em tratamento.

Já segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), os dados da hepatite B referentes a utentes ativos consumidores de drogas, indicam que 4,62% são portadores de AgHbs, valor que sobe para 5,97% quando se analisa a população que alguma vez na vida injetou drogas. Já em relação à hepatite C, 60,03% apresenta anticorpos para o VHC, e quando se analisa a população injetora este valor ascende para 88,45%.

Os dados disponibilizados pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, referentes a 2016, mostram a identificação de 30 casos de hepatite B, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,68/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 13,80/100.000 habitantes, e de 22 casos de hepatite C correspondendo a uma taxa de incidência de 2,14/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 10,12/100.000 habitantes.

No passado, apenas as hepatites virais agudas integravam a lista das doenças de declaração obrigatória em Portugal, conforme definido na Portaria n.º 1071/98, de 31 de dezembro.

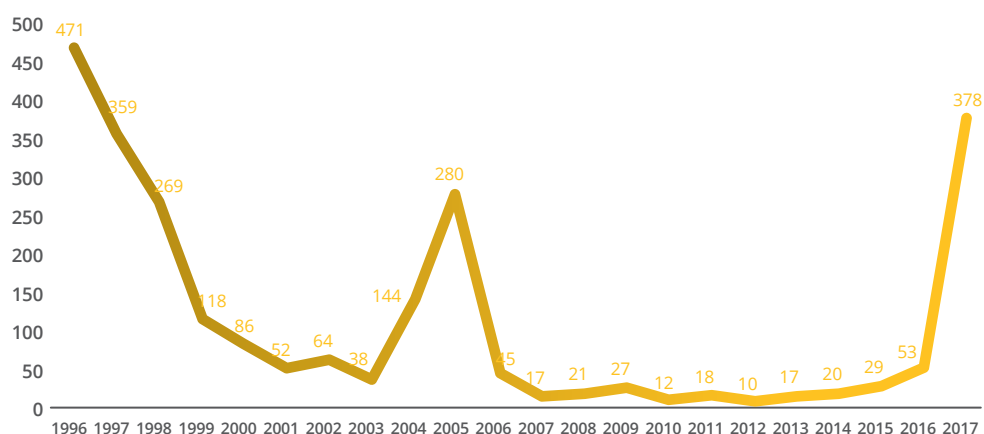
A partir de 2014, foram adotadas, para a validação dos casos, as novas definições de caso de doença aprovadas no Despacho n.º 5681-A/2014, de 21 de abril, alterado pela Declaração de retificação n.º 609-A/2014, de 16 de junho, passando a ser alvo de notificação as hepatites virais agudas e crónicas.

Em relação à hepatite A, o número de casos nas últimas décadas, diminuiu de forma consistente, fruto da melhoria das condições sócio-sanitárias. Esta doença passou a ser mais rara, muitas vezes associada a deslocações a países onde ainda permanecia endémica, com cerca de duas dezenas de casos a ocorrerem a cada ano. Como consequência desta situação, a imunidade de grupo existente na população foi diminuindo, sendo a grande maioria da população com idade inferior aos 55 anos suscetível a este vírus.

Em 2017, começou a verificar-se a existência de um aumento no número de casos confirmados de hepatite A, alguns referentes ao ano de 2016. Nos meses seguintes, viria a confirmar-se estarmos perante um surto, ao se assistir a um número de casos para além do esperado, epidemiologicamente relacionados. Este surto ocorreu, até ao presente, em 16 países da União Europeia, incluindo Portugal, onde de 1 de janeiro a 30 de junho de 2017, foram notificados 378 casos de hepatite A. De entre estes, 89%, ocorreram em pessoas do sexo masculino e em 52% houve referência à prática de sexo entre homens. A grande maioria dos casos (76,0%) verificou-se na região de Lisboa e Vale do Tejo e o grupo etário mais afetado foi o dos 18-39 anos (69,3%). A análise molecular do vírus e respetiva sequenciação genética das amostras biológicas, realizadas no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), identificaram a estirpe associada ao cluster VRD_521_2016, relacionada com viajantes que regressaram da América Central e do Sul e que foi também identificada em Espanha e no Reino Unido, entre outros países europeus.



GRÁFICO 1 NÚMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE HEPATITE A EM PORTUGAL | 1996 - 2017



Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2017

No que respeita à hepatite aguda B, é notório o impacto da vacinação, com uma redução substancial do número de novos casos após o início da mesma. De facto, a vacina contra o VHB, disponível desde 1982, é um elemento chave para o controlo desta infeção, sendo segura e com uma eficácia de 95 a 99% na sua prevenção. A vacina está integrada no Programa Nacional de Vacinação desde 1995. Atualmente, a cobertura vacinal está estimada em 94% e o decréscimo acentuado verificado no número de casos notificados traduz o sucesso desta medida^{6,7}. Presentemente ocorrem cerca de 2 a 3 dezenas de casos por ano, maioritariamente em grupos etários que não foram abrangidos pela vacinação (idades superiores aos 35 anos). Este dado vem reforçar a importância de se aferir a eventual indicação para fazer esta imunização, nestes grupos etários, de acordo com a avaliação individualizada do risco. A erradicação mundial da hepatite B tem sido complicada pelo elevado número de indivíduos infetados, sendo em Portugal, uma doença que atinge com especial relevância a população originária de outros países.

Quanto à hepatite crónica B, a doença atinge maioritariamente indivíduos do sexo masculino, nas faixas etárias dos 25 aos 54 anos.

Relativamente à hepatite aguda C, os números de casos notificados são pouco expressivos, o que está de acordo com a característica muitas vezes assintomática desta doença.

O número de casos notificados de hepatite crónica C é revelador da subnotificação existente nesta área. De facto, comparativamente aos dados existentes no Portal da Hepatite C do Infarmed, onde o número de pedidos de terapêutica ultrapassa os 17.000 doentes, o número de casos notificados em 2015 e 2016 é de 228. Embora estejamos a observar intervalos temporais distintos, a diferença é suficientemente denunciadora da necessidade de, no futuro, se terem de envidar esforços por forma a

corrigir este hiato, nomeadamente através do reforço da necessidade absoluta de se proceder à notificação.

A tendência do atingimento preferencial do sexo masculino é observada em relação à hepatite A, B e C.

O vírus da hepatite D (VHD), ao ser um vírus defectivo, depende da presença de uma infeção crónica por VHB para infetar uma pessoa. Em Portugal é considerada uma situação rara, não existindo dados específicos para esta infeção que não integra a lista de doenças de notificação obrigatória.

Em relação à hepatite E (VHE), e embora o número de casos notificados seja diminuto, é uma situação que merece atenção, pois para além das infeções decorrentes a deslocamentos a países endémicos (Médio Oriente, Índia, Sudeste Asiático), desde o final da década de 90 que começaram a ser registados casos autóctones de hepatite E em países industrializados da América do Norte e da Europa. Hoje sabe-se que os casos autóctones de hepatite E dos países industrializados ocorrem na sequência de uma infeção zoonótica, sendo o consumo de carne de porco mal cozinhada ou crua a principal via de transmissão. Em Portugal, foi recentemente realizado um estudo que envolveu 114 profissionais com exposição ocupacional a suínos^{8,9}. Os resultados mostraram que 30,7% dos trabalhadores apresentavam anticorpos para o VHE contra 19,9% da população geral (grupo controlo), concluindo-se assim demonstrado que a infeção por VHE foi mais frequente nesses profissionais.

Quando se analisa o número de óbitos por hepatites virais, no período compreendido entre 2010 e 2015, verifica-se uma tendência crescente até 2014.

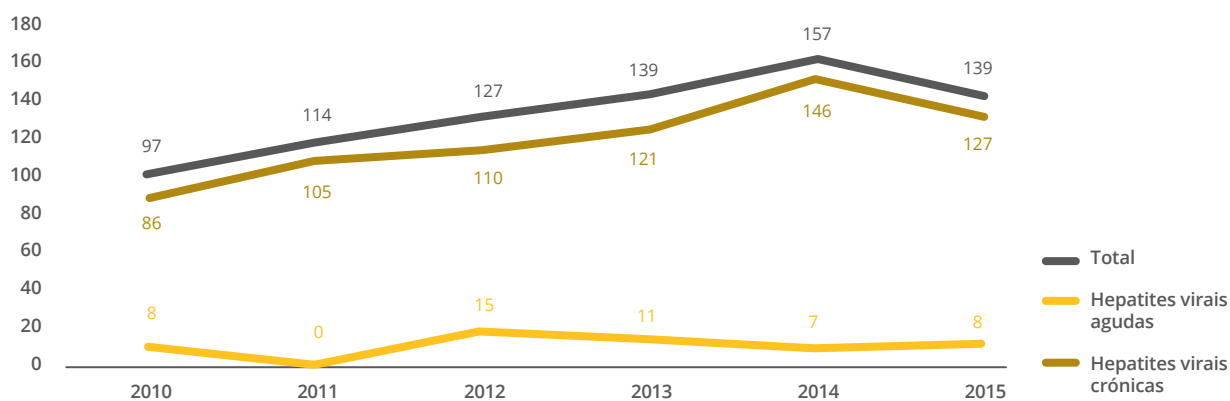
Os óbitos devidos a hepatites virais agudas são numericamente pouco expressivos, e estão maioritariamente associados à hepatite aguda B.

De forma consistente, ao longo dos anos de 2010 a 2015, a maioria dos óbitos por hepatite viral é devida a hepatites crónicas, havendo um predomínio de casos no sexo masculino (razão de 2 homens para 1 mulher) e estão fundamentalmente associados à infeção por vírus C.

Relativamente à produção hospitalar associada a diagnósticos de hepatites virais, entre 2011 e 2014, o incremento de 30% no número de utentes saídos e de 21.4% no número

de episódios de internamento, principalmente à custa do registo de diagnósticos secundários, sugere o aumento do número de complicações tardias e, conseqüentemente, do número de intervenções associadas à gestão clínica dos doentes com hepatites crónicas. Por sua vez, a variação positiva global de apenas 5,8% no número de óbitos registados no mesmo período, parece refletir o impacto da evolução do tratamento antiviral e uma melhor gestão clínica das complicações graves das hepatites crónicas.

GRÁFICO 2 ÓBITOS ASSOCIADOS A HEPATITES VIRAIS EM PORTUGAL | 2010 - 2015



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2017



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para as Hepatites Virais

FIGURA 1

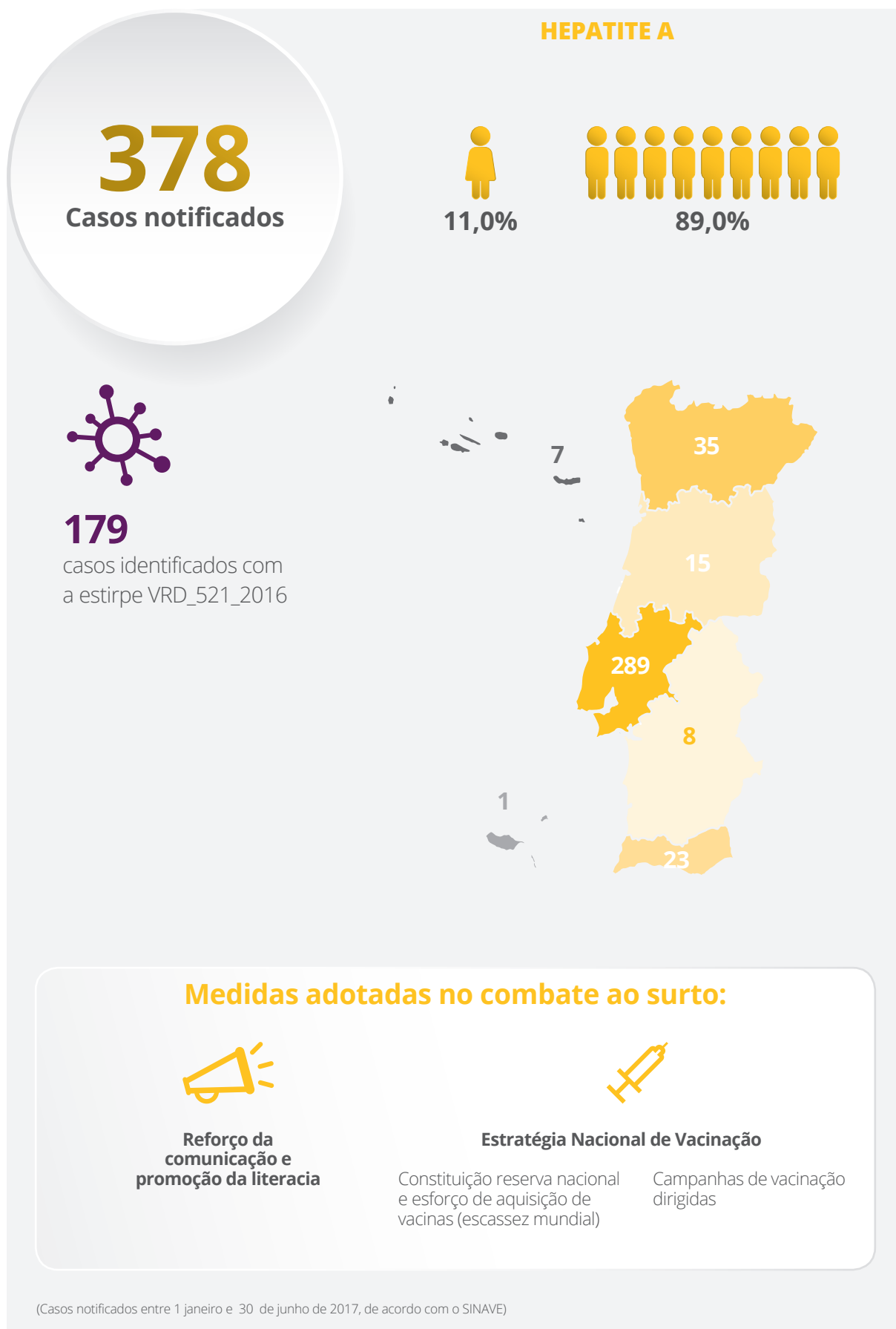
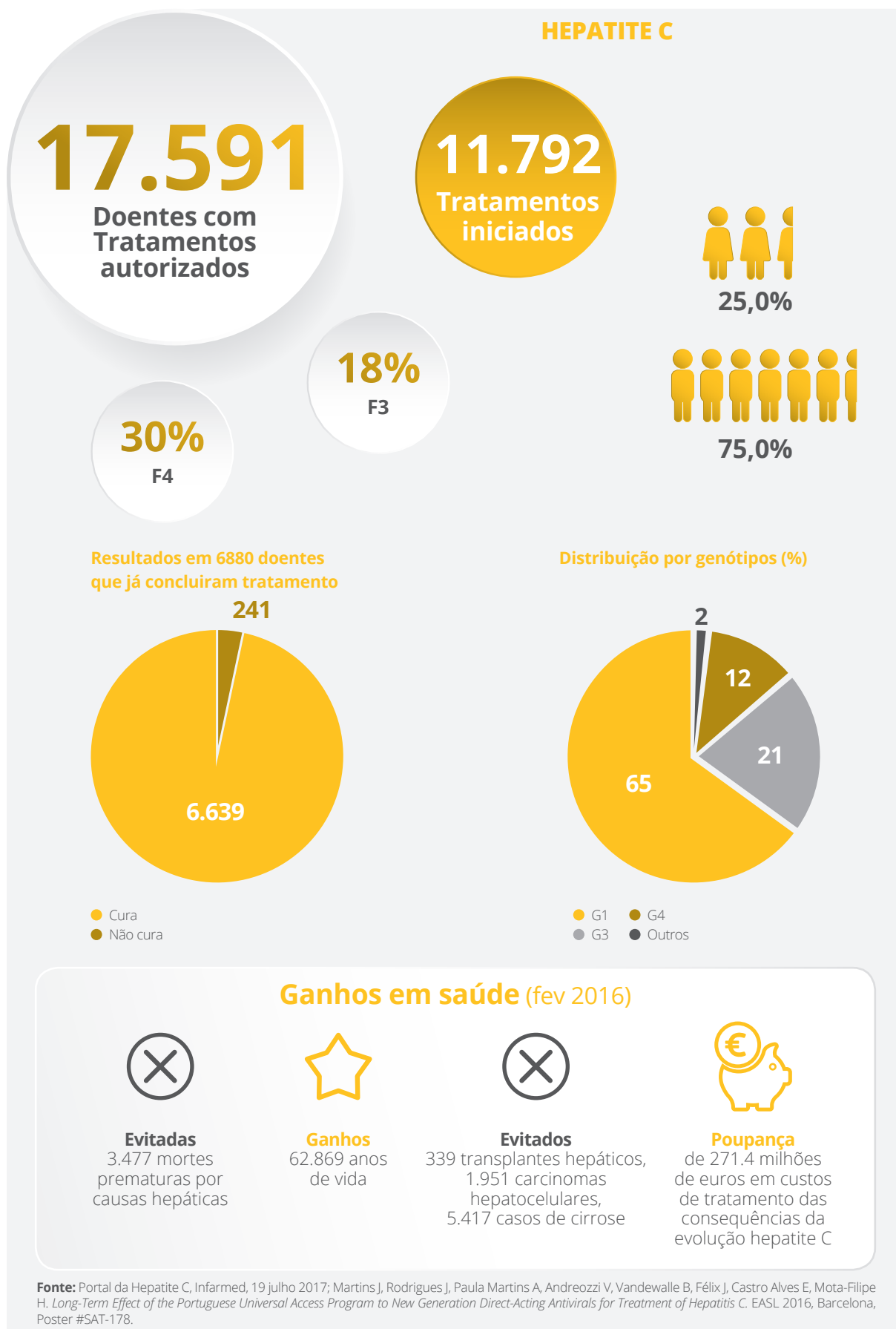


FIGURA 2



3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016/2017

3.1. Vigilância Epidemiológica

O planeamento da resposta nacional à infeção pelos vírus da hepatite implica um conhecimento válido e atualizado da situação destas infeções em Portugal. Atualmente, existem algumas lacunas em relação ao sistema de vigilância das hepatites virais, a informação disponível sobre a doença e as suas implicações é escassa e fragmentada, fragilizando a robustez da evidência epidemiológica basal necessária à tomada de decisões relativamente a políticas e estratégias a implementar.

Deste modo, o principal enfoque do Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV), numa primeira fase, passou necessariamente por conhecer a magnitude e as tendências da infeção pelos vírus da hepatite na população geral e em populações específicas.

Assim, procurou-se coligir, conforme anteriormente exposto, múltiplas informações, recorrendo a diferentes fontes de diversos organismos e sistemas, como sejam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o INFARMED, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Deste processo, fica evidenciada a necessidade de promover a integração/centralização dos diversos elementos presentes nos diferentes sistemas, garantindo a produção continuada e coerente de indicadores epidemiológicos válidos, que permitam a robustez da informação.

Para esse efeito, o Programa Nacional prevê o desenvolvimento e implementação de um módulo de registo de hepatites num sistema de informação integrado.

De salientar que a informação coligida reverteu igualmente para a publicação da DGS “Saúde dos Portugueses 2016”, disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18278>.

3.2. Diagnóstico

De acordo com os dados disponibilizados pela ACSS, em 2016, foram realizados nos Cuidados de Saúde Primários 230.000 testes para VHB e 150.000 para VHC.

Através dos projetos financiados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de Setembro, e da Portaria n.º 258/2013, de 13 de agosto, foi possível assegurar o rastreio da infeção por VHB e VHC em contexto comunitário,

em todas as regiões. Assim, em 2016, foram reportados, por 11 organizações não-governamentais, 1.370 testes rápidos de VHB com 22 resultados reativos, e 2.918 testes de VHC com 68 resultados reativos, correspondendo a uma proporção de 1,6% e 2,3% de resultados reativos, respetivamente. Os testes abrangeram maioritariamente populações consideradas em situação de maior vulnerabilidade, como sejam homens que têm sexo com homens, pessoas que utilizam drogas, trabalhadores do sexo e populações migrantes.

Tendo presente o importante papel de complementaridade assegurado pelas organizações da sociedade civil, foi celebrado um Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P (ARSLVT) e o Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), com vista à regularização dos termos em que o Ministério da Saúde, através da ARSLVT, e o GAT se comprometem a assegurar, em complementaridade com o SNS, a prestação de serviços e cuidados de saúde às pessoas em risco ou especialmente vulneráveis à infeção pelo VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis, através dos centros de rastreio de base comunitária e unidade móvel de saúde do GAT.

3.3. Tratamento

Se em relação à hepatite B as opções terapêuticas existentes não têm sofrido alterações fraturantes nos últimos anos, em relação ao tratamento da hepatite C assistiu-se a uma profunda modificação com o acesso e a utilização dos Antivirais de Ação Direta (DAA). Em 2015, foi efetuado um acordo de financiamento pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) por forma a tornar possível a decisão de tratar com DAA todas as pessoas infetadas por VHC, tornando Portugal um dos primeiros países a nível europeu e mundial, a implementar uma medida estruturante para a eliminação deste grave problema de saúde pública. Esta estratégia foi consolidada nos anos seguintes, com renovação do acordo negociado e expansão das negociações a acompanharem a entrada de novos fármacos no mercado, tornando as opções terapêuticas disponíveis mais personalizadas e as condições negociadas mais favoráveis, já que a concorrência gerada veio reduzir substancialmente os custos associados aos medicamentos, permitindo o tratamento de todos os doentes que deles necessitam e garantindo a sustentabilidade do SNS.

Até ao presente foram autorizados mais de 17.000 tratamentos dos quais mais de 11.000 já foram iniciados. A distribuição por sexo mostra que 75% são do sexo masculino, com uma média de idade de cerca de 52 anos. A distribui-



ção por genótipo mostra que 65% dos indivíduos estão infectados com genótipo 1, seguido de 21% com genótipo 3 e 12% com genótipo 4. A avaliação pelo grau de fibrose mostra que 48% apresentava uma fibrose avançada prévia ao tratamento (18% F3 e 30% F4). Quando se restringe a análise ao universo de indivíduos que já concluíram o tratamento (n= 6880), e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (RVS) verifica-se que 96,5% dos indivíduos apresentam RVS contra 241 doentes não curados (3,5%). O impacto financeiro e os ganhos em saúde, avaliados após o primeiro ano desta estratégia, permitiu chegar a valores estimados de menos 3.477 mortes prematuras relacionadas com o VHC, resultando num incremento de 7,2 anos/doente na esperança média de vida, (23,9%), levando a uma diferença residual de 1,6 anos (5,3%) para a população geral, e a um ganho de 62.869 anos de vida ganhos comparando com as anteriores opções de tratamento. Foi igualmente estimado para esta coorte, uma diminuição de 5.417 casos de cirrose hepática (CH), 1.951 casos de carcinoma hepato-celular (CHC) e de 339 casos de transplantes hepáticos (TH) evitados. Em termos de despesa pública, estes resultados traduzem-se numa redução prevista de 271.4 milhões de euros (incluindo 105.0 milhões em CH, 71.0 milhões em CHC e 68.4 milhões em TH), uma diferença de quase 31.000 euros/doente¹⁰.

Estes bons resultados reforçam ainda mais a necessidade de se encontrarem diferentes estratégias para se chegar à população que vive com esta doença e que tem tradicionalmente um acesso mais difícil aos serviços de saúde.

Através do Despacho n.º 1278/2017 dos Ministros da Justiça e da Saúde, publicado na 2.ª série do n.º 26 do Diário da República de 6 de fevereiro, foi criado um grupo de trabalho para a melhoria do acesso da população reclusa ao Serviço Nacional de Saúde. Nesse contexto, o grupo de trabalho concebeu um modelo de prestação de cuidados de saúde à população reclusa em matéria de doenças infecciosas, de entre as quais, a infeção pelos vírus da hepatite B e C.

Está em processo de finalização a revisão da Norma de Orientação Clínica n.º 011/2012 de 16/12/2012, atualizada em 30/04/2015 referente ao tratamento da Hepatite C Crónica no adulto. Esta revisão visa adequar a Norma à mais atual evidência científica.

3.4. Apoio à Sociedade Civil

O Fórum Nacional da Sociedade Civil, criado pelo Despacho n.º 22811/2009, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 200, de 15 de outubro, foi adaptado à atual orgânica do Ministério da Saúde com a publicação do Despacho n.º 538-A/2017, clarificando a sua integração como estrutura consultiva da DGS, em especial do Programa

Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose e do Programa Nacional para as Hepatites Virais.

O apoio à sociedade civil traduziu-se, igualmente, na atribuição de apoio financeiro a organizações não-governamentais, para o desenvolvimento de 16 projetos de prevenção, rastreio e referência hospitalar de hepatite B e C.

Foi ainda publicado o Despacho n.º 3206/2016, no Diário da República, 2.ª série, n.º 43, de 2 de março, referente ao processo de referência ao SNS das pessoas com testes reativos ou com diagnóstico confirmado de infeção pelos vírus das hepatites ou de outras infeções sexualmente transmissíveis, efetuado através de pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos que desenvolvem projetos de rastreio e diagnóstico precoce da infeção por VIH, das infeções por vírus das hepatites ou de outras infeções sexualmente transmissíveis

3.5. Monitorização do surto de Hepatite A

O surto da hepatite A em Portugal motivou a mobilização de dirigentes e especialistas de organismos do Ministério da Saúde e de representantes de organizações de base comunitária. Liderada pela Direção-Geral da Saúde, foi constituída uma *task-force* que contou com peritos do INFARMED, do INSA e da ARSLVT, com elementos da sociedade civil (estiveram representadas a Associação Abraço, a Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS), o GAT, a ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero e a Liga Portuguesa Contra a Sida) e com elementos das sociedades científicas, e em particular da Sociedade Portuguesa da Medicina das Viagens.

A monitorização da situação nacional resultou na emissão de informação para os profissionais de saúde, através dos Comunicados (C130_01_v1 e C130_02_v1) do Diretor-Geral da Saúde e da elaboração e publicação da Orientação n.º 004/2017, de 29 de março, revista em 31 de março, posteriormente revogada pela Norma 003/2017, de 9 de abril, que determinou as regras da vacinação para a Hepatite A, assim como as populações elegíveis. De modo semelhante, foi promovida a literacia em saúde nesta área específica, com divulgação de informação junto dos meios de comunicação social, através da criação de uma página no sítio da Direção-Geral da Saúde e de folhetos informativos distribuídos durante as campanhas de vacinação.

Adicionalmente, foram adotadas diversas medidas de Saúde Pública, a saber:

- Constituição da reserva nacional de vacinas, em março de 2017, requisitado pelo Ministério da Saúde;



- Negociação da aquisição de mais vacinas para reforço da reserva, bem como a reposição do circuito comercial (venda nas farmácias);
- Definição de regras de administração gratuita das vacinas a grupos elegíveis, em locais designados;
- Esclarecimento telefónico a profissionais de saúde e cidadãos;
- Administração de cerca de 4.000 vacinas desde 3 de abril de 2017;
- Realização de diversas campanhas de vacinação, através da utilização de Unidade Móvel de vacinação, que decorreram em locais habitualmente frequentados pela população alvo, nomeadamente no Bairro Alto, em Lisboa, zona onde se encontram vários locais de socialização LGBTI, bem como durante o Arraial Pride Lisboa. Nestas campanhas foi essencial a participação de diversos voluntários, do Centro Hos-

pital de Lisboa Ocidental (CHLO), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e da sociedade civil.

Tendo ocorrido grandes eventos de massa em Portugal e Espanha, nos últimos meses, a DGS adoptou medidas adicionais de saúde pública, como sejam o reforço da vacinação antes dos eventos, a divulgação de informação conducente à adoção de medidas de prevenção da hepatite A que passam pela higiene alimentar, higiene pessoal, com particular ênfase na lavagem frequente das mãos, região genital e perianal, antes e após as relações sexuais e a vigilância de sintomas compatíveis com hepatite A, após cada evento.

A Direção-Geral da Saúde continua a monitorizar a situação, mantendo uma ligação permanente com os representantes das instituições acima mencionadas, prosseguindo a vigilância epidemiológica e laboratorial dos casos, a atualização da informação, e a adoção/reforço de medidas de prevenção e controlo.

Nota: o documento integral referente ao Relatório de Atividades 2016 está disponível em www.dgs.pt.



4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020

4.1. Enquadramento

Até muito recentemente, as hepatites virais não integravam o conjunto de programas de saúde prioritários da Direção-Geral da Saúde. Reconhecida a sua importância enquanto infeções que contribuem com elevada morbilidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo em Portugal, foi criado por Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 6401/2016 de 11 de maio, o Programa Nacional para as Hepatites Virais.

Este é o primeiro plano estratégico nacional do sector da saúde orientado para o controlo das hepatites virais.

Enfrentamos lacunas importantes em relação ao sistema de vigilância das hepatites virais, a informação disponível sobre a doença e suas complicações é escassa e fragmentada, fragilizando a robustez da evidência epidemiológica basal necessária para informar de modo mais objetivo a quantificação 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 ausência de harmonização das definições de caso para as diversas hepatites virais, a baixa taxa de notificação, as dificuldades relacionadas com a documentação de algumas vias de transmissão, a distinção entre a infeção aguda e crónica, o carácter assintomático da doença durante grande parte da sua evolução e as especificidades relacionadas com infeções simultâneas por outros vírus, incluindo a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) contribuem, em parte, para as dificuldades de gestão epidemiológica e clínica das hepatites virais, enquanto problema de saúde pública. Finalmente, o estigma associado às hepatites crónicas virais persiste, remetendo para a necessidade de informar e educar a comunidade, incluindo os profissionais de saúde, sobre transmissão, prevenção, assistência e tratamento das infeções por vírus das hepatites, particularmente das infeções por VHB e VHC.

4.2. Visão

Interromper a transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar as hepatites virais em 2030, enquanto problema de saúde pública.

4.3. Missão

A prossecução desta visão exige uma ação concertada entre todos os intervenientes, nomeadamente o governo, profissionais de saúde, investigadores, organizações da sociedade civil, comunidades de pessoas infetadas e afetadas por vírus das hepatites, com vista a:

- Ampliar o sistema de informação que assegure a integração dos dados atualizados sobre as hepatites virais e permita a sua análise;
- Informar a comunidade que a transmissão / aquisição das hepatites virais pode ser prevenida / interrompida, com mensagens de prevenção e promoção da saúde mais efetivas, incluindo práticas de sexo seguro e novas modalidades de prevenção, assim como o uso de material esterilizado para a preparação e consumo de drogas por via parentérica;
- Promover iniciativas de base comunitária, tendo como prioridades populações mais vulneráveis ou em maior risco;
- Aumentar a frequência dos testes de rastreio e referenciar atempadamente os doentes diagnosticados para assistência médica.

4.4. Metas de Saúde a 2020



4.5. Implementação

METAS	OBJETIVOS
A	1. Priorizar as intervenções de elevado impacto, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por hepatites virais, nomeadamente a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino e a material assético para consumo de drogas injetáveis
B	2. Conhecer o padrão de distribuição epidemiológica e de resposta das hepatites virais para garantir equidade, informar as políticas e maximizar o impacte das intervenções
	3. Integrar o rastreio sistemático da infeção por VHC nas políticas gerais de saúde
C	4. Formar os profissionais de saúde em relação ao tema "hepatites virais"
	5. Promover a literacia da população em relação ao tema "hepatites virais"
D	6. Promover o tratamento precoce das hepatites virais B e C crónicas, a referência e o tratamento atempados e adequados das complicações associadas à doença hepática crónica, de acordo com as recomendações
E	7. Promover a prevenção e o rastreio da infeção por VHB na grávida, bem como a prestação de assistência médica à grávida com infeção crónica por VHB

4.6. Monitorização

METAS 2020	INDICADOR	VALOR BASE	FONTE / OBS.
A	1. N.º de preservativos distribuídos	4.937.144	Plataforma registo de atividades e aquisições www.dgs.pt
	2. N.º de seringas distribuídas	1.284.092	
B	3. Funcionalidade do sistema de informação	NA	NA
C	4. . % de rastreios de VHB e VHC	ND	ACSS
	5. Taxa de Mortalidade por VHB	ND	SICO
	6. Taxa de Mortalidade por VHC	ND	SICO
D	7. Taxa de carcinoma hepatocelular em doentes com infeção crónica por VHB	ND	GDH
	8. Taxa de carcinoma hepatocelular em doentes com infeção crónica por VHC	ND	GDH
E	9. Número de crianças infetadas com VHB por transmissão vertical	ND	SINAVE

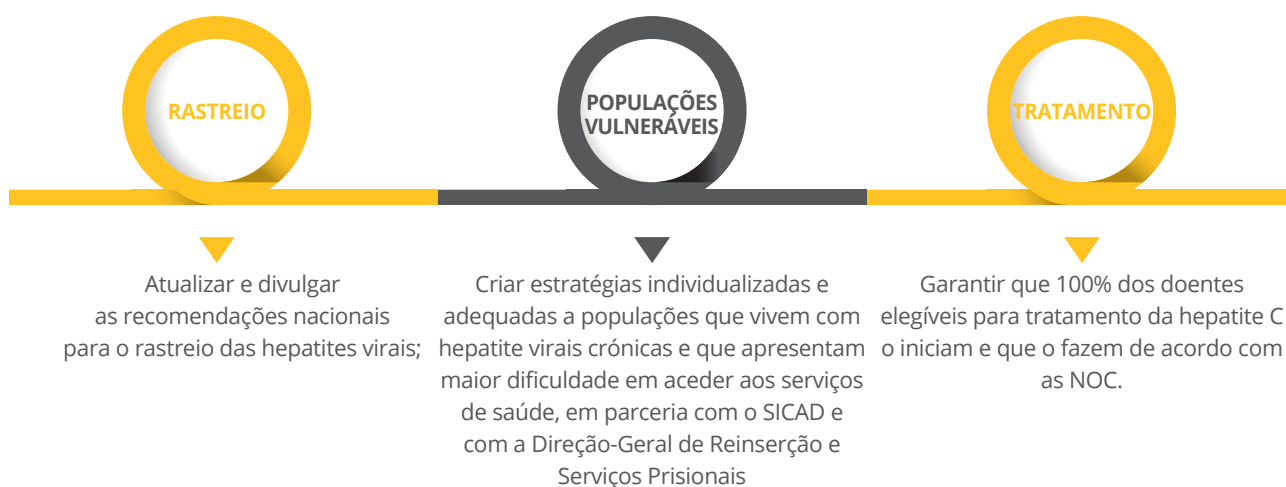
Nota: o documento integral referente às Orientações Programáticas está disponível em www.dgs.pt.

5. ATIVIDADES PARA 2017

De acordo com as metas a 2020, definidas nas orientações programáticas 2017-2020 e alinhadas com o Plano de Ação da OMS Europa para as Hepatites Virais, “Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region 2016-2021”, e com a Declaração Política da ONUSIDA, “United Nations Political Declaration on Ending AIDS sets world on the Fast-Track to end the epidemic by 2030”, foram identificados os objetivos do programa e respetivos indicadores (de realização ou de resultado), com respetivo valor a atingir, definição do valor crítico e correspondente tolerância. Assim, as grandes atividades a desenvolver durante o ano de 2017 resumem-se do seguinte modo:

- Desenvolvimento da 1.ª fase de um módulo sobre hepatites virais integrado num sistema de informação já existente;
- Recolha e publicação de indicadores de monitorização de saúde na área da infeção pelos vírus da hepatite;
- Atualização e divulgação das recomendações nacionais para o rastreio das hepatites virais;
- Atualização e divulgação das recomendações terapêuticas para o tratamento da hepatite viral B e C;
- Atualização e divulgação das recomendações terapêuticas para o tratamento da hepatite viral B, na grávida;
- Monitorização do número de doentes com Hepatite C que iniciam tratamento de acordo com as NOC;
- Distribuição de meios informativos e preventivos, nomeadamente preservativos masculinos e femininos e material de injeção estéril para consumo de drogas injetáveis;
- Formação dos profissionais de saúde;
- Financiamento e acompanhamento de projetos desenvolvidos por estruturas de base comunitária, no âmbito da promoção da literacia, prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Participação em reuniões internacionais, designadamente da ONUSIDA, ECDC, OMS e Think Tank;
- Monitorização do surto da Hepatite A em Portugal;
- Desenvolvimento de campanhas de vacinação de Hepatite A dirigidas à população em maior risco;
- Definição do Modelo de tratamento de hepatites virais dirigido às pessoas que utilizam drogas.
- Definição do Modelo de tratamento de doenças infecciosas em contexto prisional, no âmbito do Grupo de Trabalho criado por Despacho n.º 1278/2017 de 6 de fevereiro.

5.1. Desígnios para 2017



Nota: o documento integral referente ao Plano de Atividades 2017 está disponível em www.dgs.pt.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hope VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. *Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. Epidemiol Infect.* 2014 Feb;142(2):270-86. doi: 10.1017/S0950268813000940. Epub 2013 May 29
2. *European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA.* Stockholm: ECDC; 2016.
3. Lecour H, Ribeiro AT, Amaral I, Rodrigues MA: *Prevalence of viral hepatitis markers in the population of Portugal. Bull World Health Organ* 1984;62(5):743-73.
4. Santos A, Carvalho A, Tomaz J et al: *Prevalence of markers of hepatitis B infection in the adult population of the district of Coimbra. Acta Med Port* 2000;13(4):167-171
5. Mota A, Areias J, Cardoso MJ: *A expressão genotípica do Vírus da Hepatite B Em Portugal e no Mundo. Acta Med Port* 2011; 24: 587-594
6. Anjo J, Café A, Carvalho A, et al: *O impacto da hepatite C em Portugal. GEJ Port Gastroenterol.* 2014;21(2):44-54
7. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals; disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1>*
8. Ministério da Saúde: *Avaliação do programa nacional de vacinação e melhoria do seu custo-efectividade: 2º inquérito serológico nacional: Portugal Continental 2001-2002.* Direcção-Geral da Saúde 2004
9. Mesquita JR, Myrmel M, Stene-Johansen K, Øverbø J, Nascimento MSJ : *A Public Health initiative on hepatitis E virus epidemiology, safety and control in Portugal - study protocol. BMC Infectious Diseases* 2016 16:17, DOI: 10.1186/s12879-016-1341-5
10. Teixeira J, Mesquita JR, Pereira SS, et al: *Prevalence of hepatitis E virus antibodies in workers occupationally exposed to swine in Portugal. Medical Microbiology and Immunology, February 2017, Volume 206, Issue 1, pp 77-81.*





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

www.dgs.pt