

Encontro analisa desafios e estratégias nas áreas do VIH e das hepatites víricas:

Virology Meeting Point 2018 reúne mais de 200 especialistas

É um encontro científico que começa a marcar a agenda nacional na área das infeções víricas e cuja mais recente edição teve lugar nos passados dias 2 e 3 de março. A Gilead Sciences Portugal foi a entidade organizadora do Virology Meeting Point 2018, evento que decorreu no Hotel MH Atlântico, em Peniche, e que reuniu especialistas nacionais e internacionais, numa partilha de conhecimentos em temáticas como as hepatites víricas e o VIH. O Virology Meeting Point 2018 traduziu-se ainda num fórum de discussão multidisciplinar subordinado aos atuais desafios e à construção de estratégias mais úteis e eficazes com vista ao rastreio da Hepatite C e à promoção da acessibilidade ao tratamento.

Na antecâmara do encontro, Dependências auscultou Guilherme Macedo, Diretor do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de São João, Porto e Françoise Roudot-Thoraval, professora assistente e investigadora de bioestatística na Faculdade de Medicina da Université Paris-Est, que apresentou uma comunicação subordinada ao tema “Estratégias de rastreio no contexto da hepatite C”.



Guilherme Macedo, Diretor do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de São João, Porto:

O que espera deste encontro?

Guilherme Macedo (GM) – Este encontro vem numa fase em que o tratamento da Hepatite C se encontra novamente num ponto de viragem, não em relação à segurança e eficácia dos medicamentos de que já dispomos mas em relação aos novos desafios que se colocam, nomeadamente a acessibilidade. E falo em acessibilidade no sentido lato: da disponibilidade da medicação da parte das estruturas hospitalares, por um lado e, por outro, da acessibilidade da população que ainda necessita de ser tratada...

Falamos no rastreio...

GM – Não exclusivamente mas falamos essencialmente no rastreio porque continua

a constituir uma necessidade imperiosa para conseguirmos cumprir o desígnio da OMS de eliminar a infeção até ao ano 2030. Se não houver uma estratégia de procura ativa das pessoas infetadas, não se conseguirá concretizar.

Existem exemplos de boas práticas nesse domínio, tantas vezes partilhadas em eventos como este... não será pois necessário “inventar a roda”... é precisa vontade política?

GM – É precisa vontade política mas, mais do que isso, dotar estas estratégias do envelope financeiro, que são circunstâncias de financiamento que ajudam a que estes programas se estabeleçam no terreno. Decretar simplesmente instruções para ação é muitas vezes irrealista e ineficaz e poderá resultar em confusão e perda de oportunidades.

Relativamente aos doentes já diagnosticados e com indicação para terapêutica com os novos fármacos, como tem sido a acessibilidade? Ainda persistem barreiras nalgumas unidades?

GM – Não acredito que existam barreiras para além daquelas que decorram da própria inexperiência das pessoas que propõem para tratamento. É preciso demonstrar, de uma vez por todas, à população médica prescritora – e esse tem sido um dos nossos principais focos durante os últimos anos – que o bom vírus da Hepatite C é o vírus morto e, como tal, é irrealista pensar que, se a doença hepática ainda é pouco avançada, não se trata e que apenas se tratam os casos muito avançados. O que é realista, útil e eficaz é tratar toda a gente. Creio que essa barreira já foi ultrapassada mas persistem ainda outras que terão a ver com alguma inércia na ação. A acessibilidade por parte dos hospitais à medicação também não tem sido problema, no entanto, não traduz ainda uma “velocidade de cruzeiro”. E é preciso que todos estejamos preparados para adotar essa velocidade...

Em que medida será também realista, útil e eficaz que o tratamento se circunscreva exclusivamente ao âmbito hospitalar, como hoje sucede? Não seria pragmático alargar a administração e prescrição do tratamento a outras estruturas, numa perspetiva de maior proximidade face a determinadas populações?

GM – A minha convicção pessoal, também assente no suporte físico que a nossa instituição hospitalar tem dado e que tem resultado na prova real de que isto é possível fazer-se, é que essa prescrição pode não ser exclusiva dos especialistas da nossa área. No entanto, são precisas algumas condições circunstanciais que levem a que isso seja pos-

sível. Não adianta ter decisões muito avançadas quando as circunstâncias em redor continuam muito retrógradas. No caminho ideal, o que antevejo é que isso será inevitável.

Voltando à questão do rastreio, de que forma deverá ser promovida a desejável proximidade?

GM – Existem basicamente duas grandes estratégias possíveis: uma passa por uma decisão da tutela no sentido da promoção do rastreio, cujo veículo incidirá sobre a medicina geral e familiar. A outra passa por uma tomada de consciência da nossa comunidade médica, que inclui a medicina geral e familiar, no sentido da necessidade de encontrar e tratar os indivíduos infetados pelo vírus da Hepatite C. Se cada um dos nossos colegas da medicina geral e familiar tem cerca de 1700 utentes, entre os quais cerca de 1200 adultos, é muito provável que tenha sete a dez pessoas infetadas pelo vírus da Hepatite C sem o adivinharem... Se isso or um projeto para cada um, imagine-se o que se consegue...

Quer dizer que, numa consulta de medicina geral e familiar, ainda que não existam sinais (até porque os sintomas são praticamente inexistentes) por parte do utente, o médico deve incentivar a realização do rastreio, como existe para outros marcadores ou patologias?

GM – Exatamente... Por definição, o rastreio representa um teste que se realiza a uma população aparentemente saudável. É exatamente esse o nosso contexto! As pessoas com Hepatite C não têm uma bandeirinha a avisar, não têm sintomas específicos, portanto, o rastreio faz-se justamente a todos, quer tenham ou não sintomas. Claro que, se não obstante não existirem quaisquer sintomas, existir na história um fator que nos permita antecipar a ideia de que aquela pessoa tem Hepatite C, então o teste que se faz não é de rastreio mas sim de diagnóstico. Por acaso, o teste de rastreio é igual ao de diagnóstico...



Face ao panorama que vai apresentando, não será algo utópico pensarmos em eliminação num horizonte tão curto?

GM – Não. Não é utópico porque o pilar fundamental disto tudo tem a ver com a acessibilidade à medicação. Em Portugal, temos medicação eficaz e segura e, atualmente, nem sequer é cara, e acrescento que esse mito já deveria ter desaparecido. Se esse é o pilar fundamental, todo o resto irá depender da organização administrativa, do Estado e, obviamente, da corporação médica.

Apesar de estar dependente dessa organização administrativa, do Estado e da corporação médica, existem unidades que vão dando exemplos, alguns dos quais piloto, como o Centro Hospitalar de São João, Porto nomeadamente através do projeto de intervenção do Serviço de Gastrenterologia nos estabelecimentos prisionais...

GM – Certo... Isso foi importantíssimo porque, a partir dessa demonstração no terreno, obtivemos essa grande prova de validade e de eficácia de conceito. Basicamente, é "ir lá e resolver lá". E a reboque deste projeto já existe uma determinação no sentido da replicação do mesmo em todos os estabe-

lecimentos prisionais. De todo o modo, pensamos que não bastará mandar que isto aconteça. Uma vez mais, existem várias circunstâncias no terreno que poderão resultar em obstáculos à eficácia, um dos quais se prende com esta excessiva pulverização. Não se torna realístico nem prático projetar que muitos hospitais com serviços subdimensionados tenham capacidade logística para atender isto... Se tivessem discutido connosco as opções, teríamos obviamente proposto um caminho ligeiramente diferente, com um objetivo muito mais realista e, a nosso ver, potencialmente muito mais eficaz.

Mas este tipo de projetos parece continuar a depender substancialmente da dedicação e espírito de missão dos profissionais...

GM – O que aconteceu foi um exemplo típico e pioneiro, neste contexto específico, de benfeitoria e sensibilidade humanística das nossas equipas médicas... O que é extensível a outros profissionais de saúde mas, neste caso particular, em que ninguém é ressarcido de coisa alguma, traduz da parte da nossa equipa médica uma atitude francamente positiva, altruísta e humanística em relação a este assunto.



Françoise Roudot-Thoravallo, professora assistente e investigadora de bioestatística na Faculdade de Medicina da Université Paris-Est.

O que pretendeu partilhar hoje com a comunidade aqui presente?

Françoise Roudot-Thoravallo (FT) – Acima de tudo, o exemplo francês, um dos países mais avançados da Europa nos domínios do diagnóstico e tratamento. Propusemos um rastreio universal que, embora ainda não esteja implementado, sê-lo-á certamente. Obviamente, diagnosticamos utilizadores de drogas e demais populações de risco mas também é verdade que diagnosticámos muitos doentes que não apresentavam fatores de risco para VHC, muitos dos quais já relati-

vamente idosos e, como tal, com o risco de fibrose, que nunca tinham sido rastreados. Como tal, a forma de chegar até estes e de alcançar a desejada eliminação do VHC passa, em grande medida, pela introdução desse rastreio universal. Entendemos que os cuidados de saúde primários devem propor a todos os utentes a partir dos 50 anos de idade, aquando da realização de check ups, o diagnóstico do VHC. O objetivo final e ideal seria que fosse alargado à população entre os 18 e os 80. Outro método que propusemos consiste em que, aquando da hospitalização de qualquer pessoa, exceptuando talvez episódios de urgência, o rastreio também seja realizado. As ruas também são contextos que aproveitamos para realizar campanhas de informação e

para propor a realização do rastreio. Um programa desta envergadura e tão universal não pode, no entanto, depender da vontade de cada unidade de saúde mas antes resultar de uma decisão política e do comprometimento dos decisores políticos ao mais alto nível. No dia 15 de maio, celebraremos o dia da hepatite e esperamos que o nosso ministro da saúde se comprometa a oferecer os meios necessários para prosseguirmos com o objetivo comum a tantos países, de eliminar a hepatite C até 2030. Em 2017, tratámos cerca de 20 mil utentes, curámos praticamente o mesmo número e teremos algo como 114 mil pacientes a tratar, meta que consideramos alcançável, desde que generalizemos este programa de rastreio.

“Entendemos que os cuidados de saúde primários devem propor a todos os utentes a partir dos 50 anos de idade, aquando da realização de check ups, o diagnóstico do VHC. O objetivo final e ideal seria que fosse alargado à população entre os 18 e os 80.”

