

ARES DO PINHAL DISTINGUIDA PELA OMS



Elsa Belo

A Organização Mundial de Saúde reconheceu a Ares do Pinhal como uma ONG de boas práticas relativamente ao rastreio, acompanhamento e tratamento de hepatites víricas, tendo sido destacada na publicação divulgada pela agência de saúde, “Compêndio de Boas Práticas na resposta do setor da saúde às hepatites virais na região europeia da OMS. Para conhecermos melhor o projeto, entrevistámos Elsa Belo, que revela que “este é um programa muito focado na saúde das pessoas e nas questões humanitárias, muito centrado na intervenção com muita qualidade técnica...”

Finalmente, o reconhecimento de tudo o que se faz bem em Ares do Pinhal...

EB - Sim, mas não é de agora é de há 35 anos a esta parte, desde que foi fundada a instituição. É uma homenagem aos fundadores de Ares do Pinhal que continuam cá partilhando as suas experiências, o seu saber sempre com boa vontade e motivação, puxando por esta equipa dando-nos segurança e alento. Este prémio também significa um reconhecimento de que as políticas portuguesas fazem a diferença no que respeita à intervenção na vida de pessoas com comportamentos aditivos.

São cerca de 1600 as pessoas que vocês tratam por ano... O que vos pedem e o que lhes oferecem?

EB – O que nós sentimos é que estas pessoas nos chegam desligadas de tudo o que é estrutura societária. Estão desligadas dos serviços de saúde e sociais, de uma certa forma estão desligadas da família e muitas vezes até dos serviços de resposta às dependências. Nós oferecemos-lhes tempo para as ouvir, tolerância, saúde, cuidado de si próprio, afeto, acompanhamento no que respeita ao processo de integração na sociedade... As pessoas que acompanhamos têm dificuldade em fazê-lo sozinhas; nós acompanhamos as pessoas aos serviços e falamos com estes pelas e com as pessoas, porque estas têm dificuldade em expor-se com os serviços.

Vocês trabalham 365 dias por ano em dedicação a pessoas vulneráveis, muitas delas sem família... mas com tamanha dedicação, que espaço fica para os familiares dos técnicos da Ares do Pinhal?

EB – É uma boa questão... se calhar, os nossos profissionais também têm de estar atentos a isso... Apesar de tudo, temos uma equipa bem composta e tentamos, através de turnos, fazer com que este trabalho não se torne pesado para as pessoas. Distribuimos os horários por todas as pessoas, tentamos ser justos e temos uma política interna na instituição que define que o tempo das pessoas tem que ser respeitado, embora o Covid tenha vindo baralhar tudo. A título de exemplo, quando um profissional vai de férias, é convidado a ficar afastado das questões relacionadas com o trabalho, embora o trabalho com a vida das pessoas ter algumas particularidades, não é? As equipas têm que sentir-se tranquilas e compensadas, o que nem sempre é possível do ponto de vista económico porque, na verdade, as remunerações não são justas, mas procuramos devolver-lhes, através da realização profissional, o gosto pelo trabalho... E sinto que essa gratificação é sentida por toda a equipa. Este prémio é de todas as pessoas de Ares do Pinhal resultado da intervenção de todos.

Como foi para a equipa trabalhar num contexto de pandemia junto de uma população já de si fragilizada por várias patologias e estigmatizada pela sociedade?

EB – Desde logo, posso afirmar que, depois da pandemia, a nossa população melhorou substancialmente a relação que tinha com as unidades móveis. Estavam em pânico porque temiam que não viéssemos para o terreno e, quando perceberam que, mesmo perante um estado de confinamento, não iríamos arredar pé do terreno, passaram a ser todos elementos colaborantes do projeto. Foi surpreendente! Implementámos o uso de máscara na unidade móvel e tivemos que adquirir máscaras para estas pessoas todas e confesso que os nossos utentes são incríveis: tentam proteger-nos, protegem-se uns aos outros, têm os cuidados de se manterem afastados... Claro que há sempre a exceção! a educação que estamos a fazer com esta população tem sido extraordinária e eles estão gratos por não nos termos esquecido deles quando tudo fechou. Em relação às situações de saúde, como tivemos que reduzir a intervenção em pleno – não realizávamos análises, o médico não ia ao terreno, as equipas tinham que estar mais resguardadas e menos expostas para o caso de haver um surto e corrermos o risco de deixar de sair – estamos agora a sofrer as consequências desse afastamento e têm aparecido situações graves, como pessoas que sofreram um AVC e nem se aperceberam ou outras que não foram diagnosticadas para um tumor porque ninguém olhava para elas com tempo, e os problemas vasculares.... o nosso contacto diário era o único momento de atenção sobre estas pessoas durante estes meses.

Face a tantos desígnios e recursos relacionados com a intervenção, o estabelecimento de parcerias e o apoio de entidades terceiras, como as autarquias, as ARS e o Sicad parecem fundamentais... em que medida são apoiados por essas entidades?

EB – este projeto é apoiado em 80% da sua globalidade pelo Sicad e em cerca de 20% pela Câmara Municipal de Lisboa. E temos lutado para que a autarquia nos ceda pelo menos esses 20%. É óbvio que não é com este financiamento que conseguimos desenvolver a qualidade e a especificidade deste trabalho de forma a conseguir um prémio como este. Como exemplo, precisamos de uma viatura para irmos aos hospitais com as pessoas... este programa não chega para adquirir mais uma viatura e dois técnicos... No entanto, o sistema judicial tem consagrado à Ares do Pinhal algumas verbas relacionadas com multas por condução sob embriaguez ou captação de substâncias ilícitas, o que tem sido fantástico e revela o respeito e que o sistema judicial tem tido relativamente a este programa, reconhecendo que o mesmo reduz os pequenos delitos, o ruído social e o custo benefício para o sistema judicial é elevadíssimo. Outra parceria que tem sido extraordinária é a da Indústria Farmacêutica, que têm ensinado imenso a Ares do Pinhal. Têm-nos incentivado, reconhecem o nosso valor e têm-nos desafiado a promover o que

sabemos fazer bem! E confesso que não tínhamos esta cultura de trabalhar em parceria com empresas e, nomeadamente a Abbvie e a Gilead, têm sido parceiros fundamentais e este prémio tem de ser também para eles. E não é pela ajuda financeira que nos dão, mas pelo que nos incentivam a fazer. Outras parcerias, em termos económicos, têm muito pouca expressão mas gostaríamos que tivessem outro peso, como a doação dos 0,5% do IRS. Temos concorrido a muitíssimos projetos financiados, nacionais, internacionais, de outras empresas, mas não temos tido muita sorte. Precisamos de mais investimento especializado, que lute pelo aumento da nossa capacidade económica para que possamos compensar melhor as nossas equipas e dar mais qualidade de serviços aos nossos doentes.

Gostaria de partilhar este prémio com alguém?

EB - Este prémio não é nosso, mas de todos os nossos utentes, instituições e profissionais. Este prémio é também para a Dependências, que nunca desistiu de falar sobre os CAD e anda há anos e anos nesta luta com todos nós. Este prémio é para todos os serviços que se preocupam genuinamente com as pessoas e que trabalham centradas na pessoa, na ética e nas boas práticas. É também um prémio que dividimos com todos os governos que nunca cortaram verbas da intervenção nas adições e, como já tinha dito, que temos de dividir também com a indústria farmacêutica e com todos os médicos e serviços hospitalares que, muitas vezes, dão o seu tempo pessoal e dedicação altruísta à Hepatite C.

O que faltará então fazer na área das hepatites?

EB – Falta colocar o tratamento da Hepatite C a funcionar como funciona o tratamento do VIH. Por que razão existem barreiras à volta do tratamento da Hepatite C? A pessoa com VIH vai à consulta e traz o tratamento; a pessoa com Hepatite C é sujeita a um tratamento especial, tempos de avaliação e espera longos, com um preconceito inexplicável. E falta que as instituições que têm doentes com Hepatite C façam mais por essas pessoas, não se está a fazer tudo o que podemos! E falta um plano de eliminação realista para o nosso país.



THE MOBILE OUTREACH PROGRAMME (ARES DO PINHAL) IN PORTUGAL

BACKGROUND

In Portugal, the prevalence of anti-HCV in the general population has been estimated at 0.54%, with peak prevalence among people aged 35–64 years (108). Among PWID, the prevalence of anti-HCV has been reported to be higher than 88.45%, according to official sources (109), and injecting drug use is a major risk factor for HCV transmission in the country (110) – with higher rates of anti-HCV seroconversion among PWID than in PWUD (111). In 2016, a study on a cohort of 825 clients of the Mobile Outreach Programme (MOP) (Ares do Pinhal) found prevalence rates of HCV infection of 67.6% (558/825) and detectable HCV RNA of 68.4% (307/449) (112).

DESCRIPTION OF THE GOOD PRACTICE

Ares do Pinhal is a non-profit organization created in 1986 that takes a multidisciplinary approach to support capacity-building, personal autonomy and social inclusion (113). The organization is highly experienced in the assistance of PWUD, having provided services to approximately 500 people in a derelict district of Lisbon during the 1990s. Since the implementation of the MOP in 2001, the organization has been of assistance to approximately 1600 people a year, attending to around 1200 individual appointments a day. From January 2018 to June 2019, the MOP assisted 1884 people, screened 1416 of them for HCV infection and detected infection in 860 (60.7%) of those. Ares Do Pinhal estimates that there are about 400 people with active infection in need of treatment for hepatitis C who are served by the MOP.

The MOP comprises three vans (two OST mobile units, one medical care and psychosocial support unit), one support car for patient transportation and back-up for the vans, and a back office. The three vans operate seven days a week, 365 days a year, with daily stops at five strategic spots in Lisbon. Services are provided throughout the morning and the afternoon.

The MOP offers the following main features:

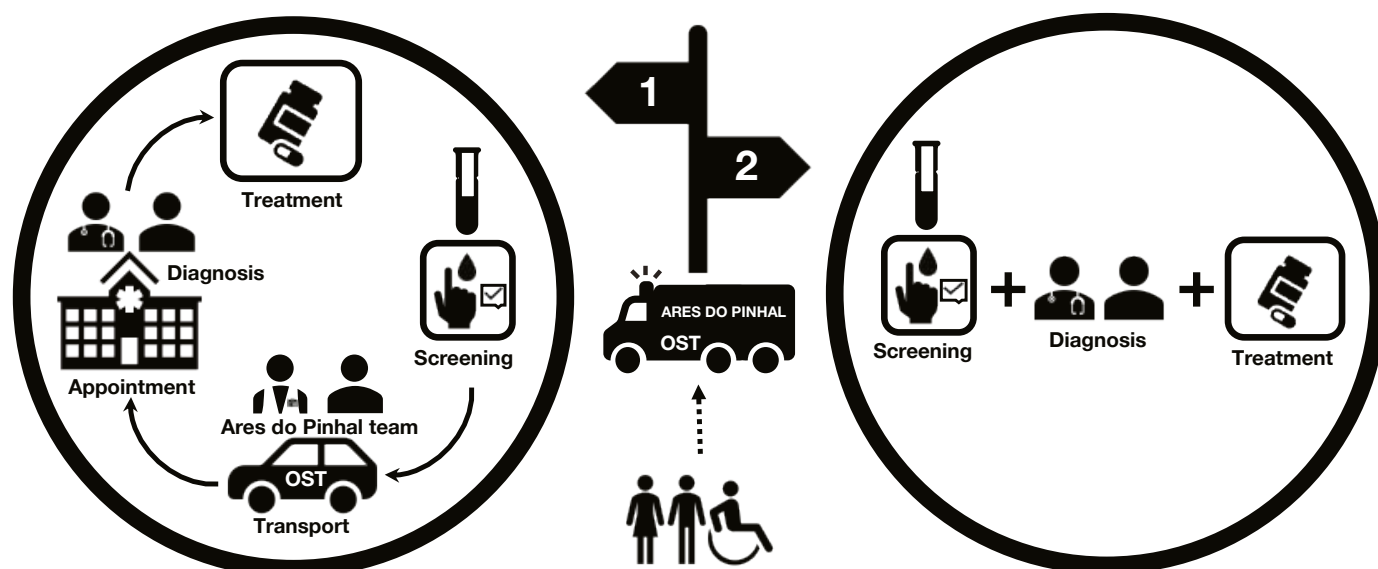
- improved access, with units operating close to underserved areas and population groups;
- prompt response to requests for admittance, simplified admittance procedures and referral to health and social services;
- promotion of better living conditions;
- a low-threshold methadone programme;
- an NSP and distribution of condoms and tinfoil.

Additionally, the programme offers clients the screening of infectious diseases with blood tests and chest radiography, administration of medications and followup, including for HCV infection, with a competent team of medical doctors, nurses and psychosocial workers.

The MOP integrated model of care addresses prevention and screening of hepatitis C, linkage to care, treatment, and the prevention of reinfection and relapse. The goal is to provide screening for major infectious diseases to all PWUD of the MOP and eliminate any existing barriers in the access to hepatitis C treatment.

Two general hospitals in Lisbon and their respective gastroenterology and hepatology departments partner with the programme – either improving access to specialized consultations or assigning a medical doctor of their own to assist in the mobile units. The hospitals contribute significantly with clinical procedures required before the treatment for hepatitis C is initiated.

Some of the strategies to promote awareness and prevention of hepatitis C include True or False games and IEC sessions in the field – with strong participation by peer workers. These methods have been quite effective in engaging patients in their treatment and remain an important part of the MOP.



Source: Authors.

Table 10. Preliminary cascade of care for hepatitis C before and during the MOP, Lisbon (2015–2019) (number of patients)

Model	Duration	Scheduled	Consulted	Adherence ^a	Treatment ongoing	Treatment complete	Pending lab results
Before MOP (family doctor)	2015–2017	307	30	10%	–	–	–
Pathway 1	Oct 2017–ongoing	273	123	45%	4	75	10
Pathway 2	Feb 2019–ongoing	85	68	80%	11	10	57

^a Percentage of all patients who attended scheduled appointments.

Source: Authors.

The MOP offers two pathways to care:

• **Pathway 1:**

1. First appointment at the hospital – North Lisbon Hospital Centre (partner).
2. Appointments at the hospitals are scheduled by the MOP.
3. Transportation to the hepatologist appointment and HCV RNA testing at a partner hospital. Navigation performed by an MOP technician.
4. Medications are transferred from the partner hospital to the mobile units.
5. DOT is performed in the mobile units.
6. Follow-up by the MOP (for patients with advanced liver disease or cirrhosis).

• **Pathway 2:**

1. First appointment at the MOP – Western Lisbon Hospital Centre (partner).
2. Appointments with hepatologist at the mobile units.
3. Blood samples collected in the mobile units and transported to the partner hospital for HCV RNA testing.
4. Medications are transferred from the partner hospital to the mobile units.
5. DOT is performed in the mobile units.
6. Follow-up by the MOP (for patients with advanced liver disease or cirrhosis).

EVIDENCE OF IMPACT

The MOP integrated model of care improved access to health and hepatitis C treatment for many clients who could not have complied with all the stages and processes demanded by conventional health facilities.

Regarding linkage to care and adherence to treatment, both pathways had better results than referral to a family doctor, the conventional procedure before MOP implementation. In Pathway 1, 273 clients were scheduled appointments, 123 (45%) received consultations, 75 completed treatment, 4 treatments are in progress, and 10 cases are pending laboratory results. In Pathway 2, 85 clients were scheduled appointments, 68 (80%) received consultations, 11 completed treatment, 10 treatments are in progress, and 57 cases are pending laboratory results. A total of 100 people had their treatments initiated through the MOP with no LTFU patients (Table 10).

The good practices in the MOP also increased patients' adherence to appointments with hepatologists in the partner hospitals (45%) and in the mobile units (80%).

Some patients reported their general health conditions before treatment and after being cured: "I thought this state of mind was normal, but now I've made it [through treatment] I realized it was the hepatitis C virus", "I gained a new life", "I've been tired for 30 years", "In a job interview, I'm no longer afraid to be tested for hepatitis C, because despite being positive [for anti-HCV] I'm already cured" (translation from Portuguese).

Clients also expressed their gratitude for the resources invested in treatment by the state and their wish to contribute to society.

SUSTAINABILITY

The MOP is supported by public funds through the General Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD) an entity of the Ministry of Health and the Municipality of Lisbon. The programme is monitored by the Department for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (DICAD) of the Ministry of Health of Portugal.

The sustainability of the project is driven by innovative solutions and partnerships with a wide range of stakeholders, including: public and private organizations; civil society; those working on harm reduction, health, substance use disorder and security; local parishes, charitable funds and philanthropic organizations; PWID/PWUD associations; peers; public hospitals; academia; and government.

"Social Return on Investment – SROI" is a multimethod study coordinated by Ares do Pinhal and Universidade Atlântica. Implemented in late 2018, the study aims to assess the impact of treatment on the quality of life of people with HCV infection – such as the assistance provided by the MOP – and the ways it can lead to additional social and economic benefits to society (114).

