

Economist Intelligence Unit

The  
Economist

# A PANDEMIA SILENCIOSA

COMBATENDO A HEPATITE C  
COM POLÍTICAS INOVADORAS

Um relatório do Economist Intelligence Unit

Apoiado por

janssen 



# Conteúdo

Sumário executivo	2
Sobre este relatório	4
Um iceberg surgindo em uma névoa de incerteza	5
Barreiras no combate ao VHC	10
Encontrando uma maneira de avançar	14
Conclusão	20

## Sumário executivo

A hepatite C é possivelmente a doença grave que mais combina prevalência generalizada com desconhecimento generalizado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse problema de saúde pública urgente mata 350.000 pessoas por ano e 150 milhões têm a forma crônica do vírus da hepatite C (VHC). A incidência de novas infecções simplesmente não é conhecida em nível mundial. No entanto, o VHC é totalmente evitável e curável na maioria dos casos.

Transmitida pelo contato sanguíneo, o VHC é geralmente assintomático durante décadas, tempo em que permanece lentamente danificando o fígado. A hepatite C é uma das principais causas de cirrose e câncer de fígado primário - uma complicação da doença com taxas de sobrevivência especialmente baixas. O VHC é também a maior causa de transplantes de fígado no mundo, procedimento que consome centenas de milhares de dólares, e conta ainda com a disponibilidade do órgão para transplante. Entretanto, o transplante é apenas uma correção temporária - a reinfeção é universal. A recorrência de infecção pelo VHC após transplante do fígado leva ao desenvolvimento de hepatite crônica em pelo menos 50% dos transplantados após um ano e em até 100% de todos os casos após cinco anos.<sup>1</sup>

O impacto do VHC tende a aumentar à medida que um número crescente de pessoas que foram infectadas antes da descoberta do vírus, em

1989, sofre das chamadas condições de estágio terminal. Nos EUA, por exemplo, o VHC atualmente é responsável por mais mortes que o HIV e 82% dos pacientes com a doença são nascidos entre 1945 e 1965. Os especialistas concordam, no entanto, que normalmente apenas uma minoria dos pacientes com VHC é diagnosticada e, até mesmo nos países desenvolvidos, apenas um pequeno número deles é tratado.

Com o propósito de investigar a extensão do desafio de saúde representado pelo VHC, a Economist Intelligence Unit, em nome da Janssen, realizou 16 entrevistas detalhadas com especialistas, incluindo autoridades de saúde nacionais e internacionais, ativistas, pesquisadores e pessoal médico, bem como uma extensa pesquisa documental.

As principais descobertas deste relatório incluem o seguinte:

### **A dimensão do problema é desconhecida porque os dados epidemiológicos permanecem incompletos.**

Como um dos entrevistados para este estudo observou, “não temos uma compreensão real da magnitude” do desafio que o VHC apresenta. Muito poucos países – desenvolvidos ou em desenvolvimento – conduziram recentemente os estudos epidemiológicos necessários para uma boa formulação de políticas em nível nacional, muito menos em um nível local. Segundo a Aliança Mundial

<sup>1</sup> Claudio Augusto Marroni, “Treatment of recurrent hepatitis C post-liver transplantation”, *Annals of Hepatology*, 2010.

da Hepatite, um grupo de apoio a pacientes, na União Europeia (UE) apenas a Holanda tem bons dados sobre as hepatites B e C, enquanto que em 16 países da UE os dados são precários ou inexistentes.

**Há barreiras significativas no combate à doença, incluindo a falta de conhecimento científico, consciência pública precária e atraso de tratamento por custos e efeitos colaterais.**

Apesar do progresso científico substancial desde a descoberta do VHC em 1989 e da disponibilidade de tratamentos cada vez mais eficazes com melhores taxas de cura, alguns elementos básicos de sua biologia permanecem um mistério, como, por exemplo, porque algumas pessoas desenvolvem condições de estágio terminal e outras não. Ao mesmo tempo, o público permanece em grande parte mal informado sobre o VHC: uma pesquisa realizada pela Associação Europeia de Pacientes Hepáticos constatou que apenas 20% dos pacientes diagnosticados tinham ouvido falar de hepatite B ou C antes de serem diagnosticados com a doença. As autoridades políticas também precisam aprender mais, já que algumas ainda tendem a confundir VHC com hepatite B. Enquanto isso, os tratamentos são cada vez mais eficazes, mas também são caros e muitas vezes têm efeitos colaterais substanciais. Os ativistas reclamam que isso pode levar médicos e pacientes a aguardar, na esperança de que algo melhor esteja por vir antes de alcançar as condições de estágio terminal

**Para muitos países em desenvolvimento, o próprio sistema de saúde permanece um vetor principal de transmissão para o VHC.**

Nos países em desenvolvimento a principal via de transmissão do VHC é no sistema de saúde, através de injeções com equipamentos não esterilizados ou transfusão de sangue infectado. Em 2008, a OMS descobriu que para os países de baixa renda, onde há dados disponíveis, apenas 53% do sangue foi testado para o vírus de uma maneira com qualidade garantida; e que em 39 países o sangue

dado não foi analisado rotineiramente de modo algum. Dados mais antigos da OMS sugerem que o uso de equipamento médico não esterilizado está por trás de grande parte da incidência global da doença.

**A alta incidência e prevalência do VHC entre os usuários de drogas injetáveis em países desenvolvidos representa problemas de prevenção, tratamento e estigma da doença.**

Nesses países, a grande maioria dos novos casos ocorre entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). Desde 1996, por exemplo, 90% dos novos casos na Inglaterra estavam entre esses indivíduos. Isso apresenta uma série de problemas relacionados ao enfrentamento do VHC: Os UDIs frequentemente demonstram pouca preocupação com sua própria saúde, por isso podem não procurar tratamento ou teste; o tratamento é difícil para aqueles com comorbidades ou falta de apoio social e financeiro, comuns entre os UDIs; e muitas vezes há elevados níveis de desconfiança entre esses indivíduos e os profissionais de saúde. De modo geral, o estigma associado ao uso de drogas pode levar aqueles que anteriormente se envolveram em atividades de alto risco ou adquiriram a doença através de outros meios a se recusarem a fazer o teste.

**O combate ao VHC requer uma estratégia coordenada abrangendo diversas áreas.**

O VHC não desaparecerá por conta própria. Os países que tiveram o maior sucesso até agora tendem a se concentrar no problema de uma forma coordenada. Cada país tem diferentes necessidades e recursos, mas todos devem considerar a obtenção de dados consistentes, aumentando a conscientização sobre a doença e focando na prevenção. Aqueles com sistemas de saúde que têm os recursos e a sofisticação necessários para fornecer tratamentos atuais também devem considerar as formas mais eficazes de fazê-lo (ver Conclusão para uma lista detalhada de ações).

## Sobre este relatório

*A pandemia silenciosa: combatendo a hepatite C com políticas inovadoras* é um relatório da Economist Intelligence Unit, apoiado pela Janssen, que investiga o desafio da saúde representado pelo vírus da hepatite C (VHC) e como a inovação sistêmica pode minimizar seu impacto. Os resultados deste documento são baseados em pesquisa documental e entrevistas com diversos especialistas de saúde.

Nossos agradecimentos vão para os seguintes participantes pelo tempo e conhecimento dedicados (listados em ordem alfabética):

- Dra. Ruth Bastable, clínica geral, Reino Unido
- Dra. Sylvie Briand, coordenadora da unidade de sistema da Influenza, Doenças Respiratórias, Hepatite e Preparação para Pandemia e Influenza (PIP) na Organização Mundial da Saúde
- Luis Gerardo Castellanos, consultor sênior para a prevenção e controle de doenças infecciosas na Organização Pan-Americana de Saúde das Nações Unidas
- F DeWolfe Miller, professor de epidemiologia na Universidade do Havaí
- Dr. Ivan Gardini, presidente da Associação Italiana de Pacientes Hepáticos
- Professor David Goldberg, diretor do programa de Hepatite C escocês
- Charles Gore, presidente da Aliança Mundial da Hepatite
- Achim Kautz, gerente do Deutsche Leberhilfe
- Dr. James Morrow, clínico geral, Reino Unido
- Saroj Nazareth, enfermeira registrada, Bacharelado em Ciências da Saúde, Mestrado de Ciências, Mestrado em Enfermagem, enfermeira, serviço de hepático, Austrália Ocidental
- Maria Prins, diretora do departamento de pesquisa, grupo de doenças infecciosas, Serviço de Saúde Pública de Amsterdã, professora de saúde pública e epidemiologia de doenças infecciosas no Centro Médico Acadêmico em Amsterdã
- Professor Walter Ricciardi, presidente da Associação de Saúde Pública Europeia
- Marita van de Laar, diretora do programa de IST, HIV / AIDS e vírus transmitidos pelo sangue no Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças
- Jack Wallace, pesquisador da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de La Trobe, membro executivo da Coalizão para a Erradicação da Hepatite Viral na Ásia e no Pacífico
- Dr. John Ward, diretor da divisão de hepatite viral, Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA
- Freke Zuure, coordenador do projeto da Hepatite C no Serviço de Saúde Pública de Amsterdã

O relatório foi escrito pelo Dr. Paul Kielstra e editado por Monica Woodley e Zoe Tabary.

## 1

## Um iceberg surgindo em uma névoa de incerteza

**Um grande problema...**

A hepatite C é muitas vezes chamada de “pandemia silenciosa”, em parte porque o vírus leva muito tempo para se manifestar em pessoas infectadas. A doença é transmitida em grande parte pelo contato sanguíneo e em cerca de 15-30% dos casos, as defesas naturais do organismo podem eliminar a doença. O restante dos infectados desenvolve a forma crônica do vírus da hepatite C. Para a maior parte, no entanto, inicialmente não há sintomas visíveis ou específicos, tais como fadiga geral.

Esta situação aparentemente benigna pode durar décadas antes de se tornar definitivamente pior. A maioria dos pacientes - cerca de 60 a 70% das pessoas com o VHC - desenvolve doença hepática crônica. Uma minoria - estimada em 20 a 30% (embora para as pessoas infectadas quando mais jovens e saudáveis pode ser tão baixa quanto 10%) desenvolve cirrose do fígado, que normalmente aparece depois de duas ou três décadas. Esses pacientes também sofrem de um risco mais elevado que o normal de desenvolver carcinoma hepatocelular (CHC), o tipo mais comum de câncer de fígado.

Os custos de saúde dessas “condições de estágio terminal” do VHC podem ser substanciais. É a principal causa de transplantes de fígado em todo o mundo, incluindo Europa, EUA e Japão. Um estudo recente analisando outros países que não os EUA situou o custo médio de um transplante em US\$ 139.000, embora em alguns lugares ele chegue a US\$ 400.000. Uma investigação similar constatou que o custo médio nos EUA era de US\$ 200.000, mas alertou que muitos dos dados eram antigos.<sup>2</sup> Além disso, não há fígados suficientes para todos: há cerca de 30 mil pessoas em listas de espera na Europa e nos EUA, mas apenas cerca de 12 mil procedimentos por ano.

Cerca de 20% das pessoas que aguardam um transplante morrem. O transplante nem mesmo é uma cura, ele apenas representa um ganho de tempo. A infecção do novo fígado em pacientes com VHC é inevitável, levando à necessidade de outro transplante.

No pior dos casos o VHC é catastrófico fisicamente e muito caro. Por outro lado, um grande número de pacientes com a doença pode acabar sofrendo poucos efeitos nocivos reconhecíveis. O que torna a doença, nas palavras do Dr. John Ward - diretor da divisão de hepatite viral no Centro para Controle de Doenças (CDC) dos EUA, “uma questão urgente de saúde pública” é que a amplitude da infecção, inevitavelmente produzirá um número substancial de pacientes em estágio terminal. A OMS estima que 150 milhões de pessoas no mundo tenham hepatite C crônica e 350.000 morram de complicações hepáticas relacionadas a cada ano - cerca de 1% de todas as mortes no mundo. Globalmente, cerca de 27% de toda a cirrose e 25% dos casos de câncer primário de fígado estão relacionados com a hepatite C.

Como o mapa 1 mostra, a prevalência da doença tende a ser maior nos países em desenvolvimento, especialmente na África do Norte. No Egito, que tem a população nacional mais afetada, cerca de uma em cada cinco pessoas tem o vírus (ver estudo de caso p9).

Este não é, no entanto, simplesmente outro problema de saúde de países em desenvolvimento. Mesmo os países mais ricos, como Taiwan e Japão, têm uma prevalência preocupante e o impacto pode ser dramático. Nos países desenvolvidos da região Pacífico Asiático, o VHC é responsável por 62% de toda a cirrose e 66% de todos os casos de câncer primário de fígado. Na Europa Ocidental, o vírus é responsável por 38% de toda a cirrose e 44% de câncer primário de fígado.<sup>3</sup>

A maioria dos pacientes - cerca de 60 a 70% das pessoas com o VHC - desenvolve doença hepática crônica.

<sup>2</sup> Antoine C El Khoury, Carolyn Wallace, William K Klimack e Homie Razavi, “Economic burden of hepatitis C-associated diseases: Europa, Pacífico Asiático e Américas”, *Journal of Medical Economics*, 2012; Antoine C El Khoury, William K Klimack, Carolyn Wallace e Homie Razavi, “Economic burden of hepatitis C-associated diseases in the US”, *Journal of Viral Hepatitis*, 2012.

<sup>3</sup> Joseph F. Perz, Gregory L. Armstrong, Leigh A. Farrington, Yvan J.F. Hutin, Beth P. Bell, “The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide”, *Journal of Hepatology*, 2006.

“  
O VHC é uma  
bomba-  
relógio.

”

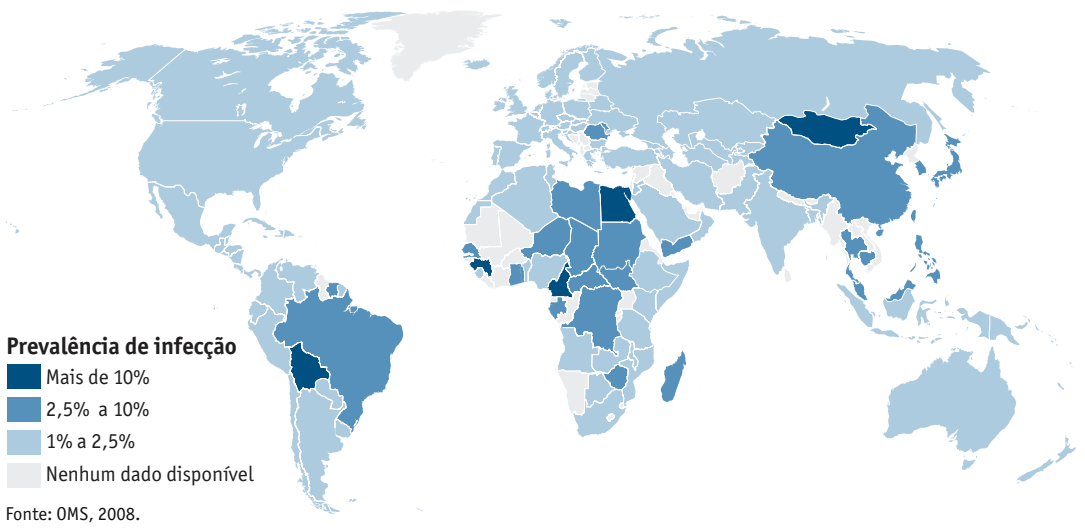
*Dra. Sylvie Briand, coordenadora da unidade de sistema da Influenza, Doenças Respiratórias, Hepatite e Preparação para Pandemia e Influenza (PIP) na Organização Mundial da Saúde*

<sup>4</sup> David Kershenobich *et al*, “Applying a system approach to forecast the total hepatitis C virus infected population size: model validation using US data”, *Liver International*, 2011.

Mapa 1

**Hepatite C, 2007**

Prevalência de infecção por país



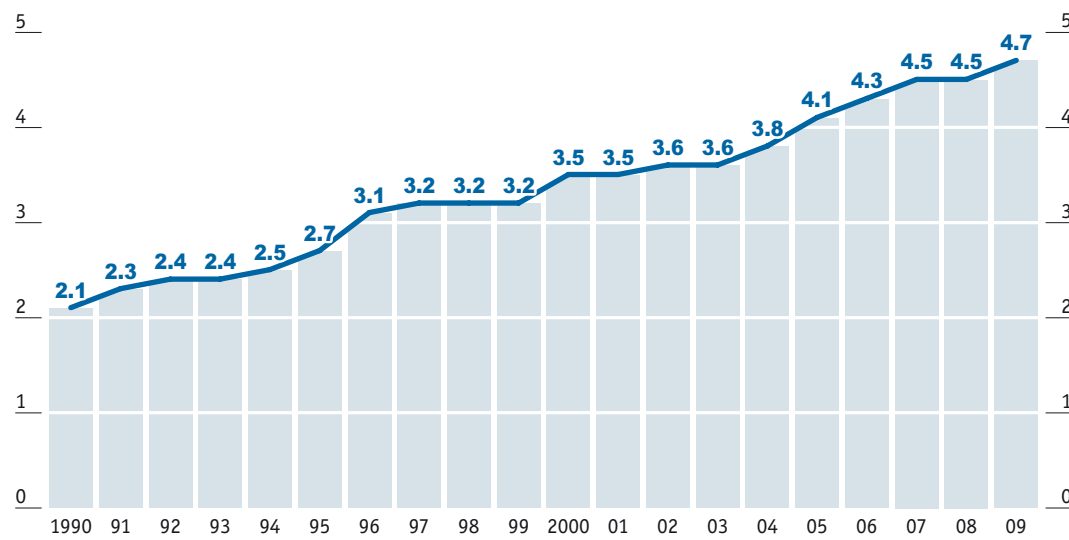
A rápida propagação da doença antes que o vírus fosse identificado em 1989, combinada com o tempo que leva para as condições de estágio terminal aparecerem, significa que estas condições irão tornar-se mais comuns no futuro próximo. Uma análise recente da progressão provável da doença

nos EUA, por exemplo, descobriu que, apesar de ser esperado que o número total de casos de VHC caia para 24% entre 2005 e 2021, o número total de mortes deve crescer por causa de um aumento na taxa de mortalidade dos infectados.<sup>4</sup> Como Sylvie Briand – coordenadora da unidade de sistema da Influenza,

Gráfico 1

**Câncer de fígado**

(incidência por 100.000 pessoas; Grã-Bretanha)



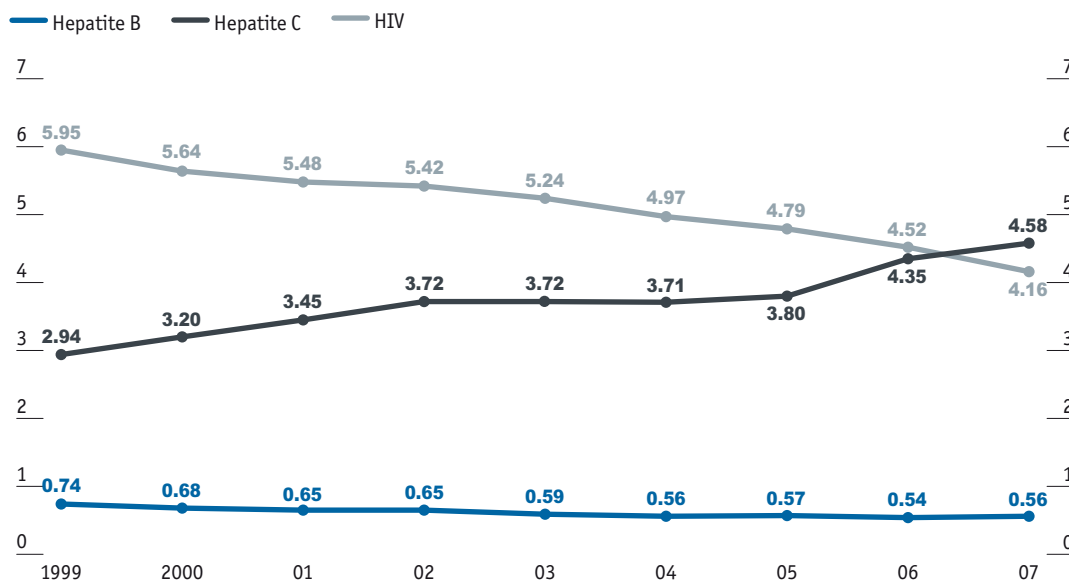
Fonte: Cancer Research UK.



Gráfico 2

### Taxas de mortalidade anuais por idade tendo a hepatite B, o vírus da hepatite C e infecções por HIV listados como causas de morte nos EUA entre 1999 e 2007

(incidência por 100.000 pessoas)



Fonte: Ly et al, "The Increasing Burden of Mortality From Viral Hepatitis in the US Between 1999 and 2007", Annals of Internal Medicine, 2012.

Doenças Respiratórias, Hepatite e Preparação para Pandemia e Influenza (PIP) na Organização Mundial da Saúde – coloca, o VHC é "uma bomba-relógio".

Os efeitos já estão se tornando aparentes na propagação do câncer de fígado. No Egito, o número de mortes atribuídas ao câncer de fígado aumentou de 4% para 11% entre 1993 e 2009. Nos países desenvolvidos, onde o VHC causa uma proporção muito maior desse câncer, os dados também são preocupantes (gráfico 1). No Reino Unido, por exemplo, a incidência de VHC mais do que duplicou nas últimas duas décadas. As taxas de câncer são um representante imperfeito para o impacto do VHC, mas um estudo recente dos atestados de óbito nos EUA, preenchidos entre 1999 e 2007, constatou que as mortes atribuídas ao VHC aumentaram mais de 50% nesse período (gráfico 2). Atualmente, ele mata mais que o HIV nos EUA. Não são previsões reconfortantes. Achim Kautz, gerente do Deutsche Leberhilfe, um grupo alemão de apoio ao paciente, diz: "No caso da hepatite C na Europa, esperamos um pico daqueles que desenvolvem o status estágio terminal dentro de 10 a 15 anos."

### ...de tamanho indeterminado

Ainda mais alarmante, os dados atuais sobre VHC são precários e provavelmente minimizam o problema. Charles Gore, presidente da Aliança Mundial da Hepatite, diz que "as estimativas da prevalência e incidência mundiais não são muito mais do que suposições informadas". Dr. Briand acrescenta: "não temos uma compreensão real da magnitude [do problema]". A natureza silenciosa da doença torna difícil coletar dados. Dr. Briand estima que o relatório obrigatório daqueles que apresentam os sintomas revela apenas cerca de 5% do problema. Testes mais complexos que se baseiam na presença de anticorpos contra a doença são muito mais precisos, mas muito mais caros.

O longo período de latência relativa do VHC aumenta a imprecisão de dados porque, às vezes, atividades esquecidas deixaram para trás um legado infeliz e inesperado. Por exemplo, no sul da Itália, a prevalência do vírus está entre as mais elevadas da Europa, em parte porque décadas atrás as enfermeiras lá muitas vezes reutilizavam seringas

## Na União Europeia apenas a Holanda possui bons dados sobre as hepatites B e C, enquanto que em 16 países da União Europeia (EU) os dados são precários ou inexistentes.

não esterilizadas. Em algumas partes específicas da região a prevalência entre pessoas com mais de 60 anos de idade é de 33%, mas entre pessoas com menos de 30 anos, é de apenas 1,3%. Ivan Gardini, presidente da Associação Italiana de Pacientes Hepáticos, explica: “Esses problemas terminaram há muitos anos, mas deixaram suas marcas sobre os índices de doença hepática avançada, muitas ainda não diagnosticadas”.

O maior problema de dados, no entanto, é que poucos países têm tentado obter até mesmo os dados de prevalência mais básicos. A Aliança Mundial da Hepatite, que publica um Atlas Mundial da Hepatite, descobriu que na União Europeia apenas a Holanda tem bons dados sobre a hepatite B e C, enquanto que em 16 países da UE os dados são precários ou inexistentes. A situação é pior na América Latina e na África. Na região do Pacífico Asiático, o quadro é mais variado: China, Austrália e Índia têm dados razoáveis, mas muitos países pequenos não os têm. De acordo com Jack Wallace, um membro executivo da Coalizão para a Erradicação da Hepatite Viral na Ásia e no Pacífico (CEVHAP): “Na Ásia, há países onde não temos sequer estimativas de quantas pessoas estão infectadas”.

### Boas e más notícias

Diante de um problema médico sério de proporções incertas, há pelo menos algumas boas notícias. Há tratamentos para o VHC. Terapias de combinação utilizando interferon e novas drogas têm, na última década, constantemente melhorado a taxa de resposta virológica sustentada (RVS) – ou cura – inclusive para aqueles com o genótipo 1 (o mais comum na Europa e América do Norte). Esses tratamentos agora podem curar a doença em até 80% dos casos, embora isso dependa de fatores como o genótipo, o quanto a doença progrediu, o quão rápido o tratamento ocorreu após a infecção e a existência de quaisquer comorbidades. A terapia, no entanto, é cara e complexa, tornando-a uma opção muito menos

viável para muitos países em desenvolvimento. No entanto, nos países mais ricos com sistemas de saúde que possuem conhecimentos e recursos necessários, os tratamentos atuais têm uma boa relação custo-benefício, mesmo para o uso em pacientes que provavelmente serão reinfectados e, em alguns casos, em pessoas com casos avançados.<sup>5</sup> Além disso, olhando adiante, os testes de novos medicamentos, que podem ser mais fáceis de administrar, mostram uma grande promessa, em alguns casos, alcançando taxas de RVS de 100%.

A má notícia é que essas terapias não são utilizadas com frequência, mesmo onde os profissionais de saúde podem utilizá-las. O Dr. Ward diz sobre os EUA: “muitos, se não a maioria [dos indivíduos com VHC] não têm conhecimento do seu estado e não estão se beneficiando de qualquer cuidado e tratamento que poderiam evitar as consequências do estágio terminal”. Parte disso é devido à falta de diagnóstico, mas um estudo de 2005 em Nottingham (Reino Unido) descobriu que de 256 pessoas que tiveram teste positivo para anticorpos contra o VHC, mais de 20% não foram sequer informadas sobre o resultado, apenas 25% fizeram o teste HCV RNA de continuação para confirmar o diagnóstico e apenas 10% receberam tratamento.<sup>6</sup> Isso trará custos econômicos para os sistemas de saúde em longo prazo à medida que eles custeiam tratamentos caros para doença hepática crônica, cirrose e CHC.

A doença não tratada trará também provavelmente um maior peso econômico em termos de anos de trabalho perdidos para empregados e empregadores, embora a escassez geral de dados torne isso difícil de estimar. Um estudo de 2010 sobre os registros de emprego norte-americano descobriu que o custo dos dias de doença e menor produtividade por funcionário infectado pelo VHC foi de US\$ 8.352 por ano, indicando que o VHC começa a representar um custo para a população economicamente ativa antes das condições de estágio terminal começarem a aparecer.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> J Shepherd, “Interferon alpha (pegylated and non-pegylated) and ribavirin for the treatment of mild chronic hepatitis C: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment*, 2007; Natasha K Martin *et al*, “Cost-Effectiveness of Hepatitis C Virus Antiviral Treatment for Injection Drug User Populations”, *Hepatology* 2012.

<sup>6</sup> W Irving *et al*, “Clinical pathways for patients with newly diagnosed hepatitis C – What actually happens”, *Journal of Viral Hepatitis*, 2006.

<sup>7</sup> Jun Su *et al*, “The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Work Absence, Productivity, and Healthcare Benefit Costs”, *Hepatology*, 2010.

## Estudo de caso

### O VHC nos países em desenvolvimento: Close-up sobre o Egito

O problema do vírus da hepatite C no Egito é pelo menos quatro vezes maior que o de qualquer outro país. Algo entre uma em dez e uma em cada cinco das 80 milhões de pessoas do país são portadoras da doença e não sabem, legado de um programa de saúde pública desastroso lançado em 1950 para vacinar a população contra o parasita da esquistossomose transmitido pelo rio. Estudos epidemiológicos recentes de comunidades individuais têm demonstrado uma ligação estreita entre o advento da vacina – presumidamente entregue em seringas não esterilizadas – e a chegada posterior do VHC.

Embora o Egito agora tenha o maior programa de tratamento de VHC do mundo – e em outubro de 2012 lançou o que será o mais abrangente registro nacional de pacientes com VHC do mundo – a cada ano ocorrem pelo menos 500 mil novas infecções pelo vírus. Para F. DeWolfe Miller, professor

de epidemiologia da Universidade do Havaí e especialista em saúde pública egípcia e pandemia do VHC, a propagação da doença lá não é “nada menos que um escândalo”. Ele acredita que os efeitos da campanha anti-esquistossomose são muito menos significativos que as atitudes dos profissionais de saúde para explicar os níveis recorde progressivos de infecção. “Esta doença está sendo continuamente transmitida por atendimento médico precário”, diz ele. “Quase todo consultório médico, odontológico e farmácia no país precisa limpar sua atuação”.

O Professor Miller acrescenta: O Egito tem um dos mais antigos e maiores sistemas de educação médica do mundo. Todos já ouviram falar de Semmelweis, o médico húngaro que descobriu que lavar as mãos reduz a mortalidade, mas eles parecem não ter feito essa ligação. A menos que a mensagem seja compreendida, levará muito tempo antes que qualquer coisa mude por lá”.

“

Esta doença está sendo continuamente disseminada por cuidados médicos precários.

”

*F DeWolfe Miller, professor de epidemiologia na Universidade do Havaí*

## Estudo de caso

### O VHC nos países em desenvolvimento: Close-up sobre a América Latina

A escala da presença do VHC na América Latina está apenas começando a se tornar conhecida. Acredita-se que a doença tenha chegado à região durante a segunda metade do século 20, mas em países como Chile, Brasil, Argentina e México, os especialistas insistem que a transmissão teve menos a ver com os cuidados de saúde não higiênicos e mais com o uso não higiênico de drogas injetáveis e sexo desprotegido com múltiplos parceiros.

Luis Gerardo Castellanos, consultor sênior para a prevenção e controle de doenças infecciosas na Organização Pan-Americana de Saúde das Nações Unidas, admite que dados confiáveis sobre o VHC ainda são difíceis de obter, principalmente ao olhar para os dados dos países. A maioria dos países na região começou a implementar políticas de prevenção e controle somente após a OMS reconhecer a Hepatite Viral (incluindo a hepatite C) como um grave problema de saúde pública, em 2010. Países como Argentina, Brasil e Cuba desenvolveram, com sucesso, estratégias abrangentes de prevenção e de controle contra as hepatites A, B e C.

No Brasil, por exemplo, um teste está disponível para qualquer um que queira fazê-lo e o tratamento para VHC é oferecido, caso necessário. O Dr Castellanos reconhece que a aceitação do teste tem sido relativamente lenta, embora consistente, com cerca de 12.000 casos detectados por ano desde que o programa começou em 2009. Com a população do Brasil sendo em torno de 200 milhões e o tratamento de drogas contra o VHC sendo caro, não está claro, atualmente, mesmo com o aumento de renda rápido do país, quantos dos infectados podem receber tratamento.

Segundo o Dr. Castellanos, em outros lugares o quadro é ainda mais sombrio: “A maioria dos países na nossa região não tem, até agora, programas estruturados para cuidar de pacientes com VHC. A incidência continuou a crescer porque não há vacina e, mesmo que alguns dos casos pudessem ser curados, o acesso ao tratamento é geralmente muito precário”.

## 2

## Barreiras para combater o VHC

“

A hepatite C ainda é, em grande parte, uma doença emergente não reconhecida e ainda há aspectos dela que não são totalmente compreendidos.

”

*Marita van de Laar, diretora do programa de IST, HIV/AIDS e vírus transmitidos pelo sangue do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças*

Parte do problema no combate ao VHC é que a doença é relativamente nova: leva tempo para a ciência médica entender e desenvolver tratamentos para uma nova condição, para os sistemas de saúde se adaptarem e para o público em geral se tornar ciente do perigo. De qualquer modo, uma grande dificuldade é que, por uma variedade de razões e por muitas partes interessadas, quando se trata de pandemia silenciosa, muitas vezes é simplesmente “muito mais fácil negar que há um problema”, para citar o Sr. Wallace da CEVHAP.

### Ainda há muito a aprender

Apesar do progresso nítido, Marita van de Laar, diretora do programa de IST, HIV/AIDS e vírus transmitidos pelo sangue do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC), observa: “a hepatite C ainda é, em grande medida, uma doença emergente não reconhecida e ainda há aspectos dela que não são totalmente compreendidos”. Afinal de contas, ela foi descoberta tardiamente em 1989, um teste de rastreamento só estava disponível em 1991 e foi apenas no início de 2012 que uma equipe anunciou que poderia explicar exatamente como o vírus usa o fígado para se replicar. Ainda não estão claros alguns dos elementos básicos da biologia da doença e questões cruciais, como por que alguns pacientes alcançam as condições de estágio terminal e outros não desenvolvem o VHC crônico de modo algum.

O desenvolvimento de medicamentos também leva tempo, geralmente pelo menos uma década, desde a identificação de uma molécula promissora até a aprovação de medicamentos. A relativa novidade de tratamentos com razoáveis, ainda que imperfeitas, taxas de sucesso ajuda a explicar porque os profissionais médicos começaram a

reagir à doença apenas recentemente, de acordo com o Professor Walter Ricciardi, presidente da Associação de Saúde Pública Europeia. À medida que as taxas de cura melhoram, essa tendência deve continuar.

Os sistemas de saúde, entretanto, mudam notoriamente devagar e os profissionais de saúde muitas vezes não têm a capacidade de tratar, ou às vezes até de reconhecer, o vírus da hepatite C. Uma revisão da literatura de 2010 do Instituto de Medicina dos EUA descobriu que “o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a hepatite C parece ser insuficiente”, citando um estudo no qual 31% dos médicos de família não tinham certeza do que fazer em caso de teste positivo, ou teriam que encaminhar o paciente para outro médico. Leva tempo para que o conhecimento atualizado que está sendo ensinado agora nas escolas médicas se distribua através do sistema: a revisão descobriu que os médicos com mais de 20 anos de experiência foram os mais desinformados e que aqueles com menos de cinco anos tiveram a melhor compreensão.<sup>8</sup>

Não há razão para acreditar que os Estados Unidos sejam excepcionais neste sentido. Gore da Aliança Mundial da Hepatite, falando da Grã-Bretanha, cita a falta de conhecimento entre médicos de cuidados primários como, talvez, o maior problema no enfrentamento do VHC. “Clínicos gerais são fundamentais”, diz ele, “mas você tem histórias intermináveis de pessoas que vão para eles há anos sendo testadas para todos os tipos de outras coisas”. Prestadores de cuidados primários não estão em posição de passar o problema para os especialistas. Entrevistados na Austrália, na Alemanha e nos EUA falam da falta de especialistas treinados que possam administrar tratamentos.

<sup>8</sup> Heather Colvin e Abigail Mitchell, eds, *Hepatitis and Liver Cancer: A National Strategy for Prevention and Control of Hepatitis B and C*, 2010.

Enquanto os profissionais de saúde ainda estão aprendendo a identificar a doença, os não especialistas às vezes até mesmo confundem o VHC com outras formas de hepatite. O Dr. Briand e o Professor Ricciardi apontam que o sucesso contra a hepatite B nos anos de 1990 pode levar à complacência entre alguns políticos sobre a doença. Esse também é um problema para o público em geral, acrescenta Maria Prins, do Serviço de Saúde Pública de Amsterdã e professora de saúde pública e epidemiologia de doenças infecciosas no Centro Médico Acadêmico em Amsterdã: “as pessoas confundem as hepatites A, B, C e D. Elas pensam que estão vacinadas [contra o VHC] quando não podem estar”.

Na verdade, as informações básicas sobre o vírus da hepatite C ainda têm que ser filtradas para o público em geral. Dr. Ward, do Centro para Controle de Doenças, descreve “uma falta geral de consciência e preocupação sobre a infecção”. Uma pesquisa feita pela Hepatite Austrália em 2011 constatou que apenas 20% do público acredita que o VHC pode causar câncer. Da mesma forma, uma pesquisa para a Associação Europeia de Pacientes Hepáticos constatou que apenas 20% dos pacientes diagnosticados tinham ouvido falar de hepatite B ou C antes de serem diagnosticados com a doença. Como aponta Wallace, a pandemia silenciosa simplesmente não chama “a atenção como uma infecção” como as outras, tornando menos provável ganhar cobertura da imprensa.

### Jogando com as probabilidades em um jogo perigoso

A “novidade” pode explicar a falta de conhecimento e conscientização em torno do VHC, mas é inútil compreender por que alguns pacientes são diagnosticados, mas poucos são tratados. Aqui, diz a Dra. Ruth Bastable, uma clínica geral britânica, cuja prática é especializada em fornecer cuidados para os sem-teto, “em todos os níveis possíveis dentro do sistema, há uma barreira”.

A primeira é a terapia atual disponível. O regime é complexo – envolvendo uma combinação de injeções e comprimidos em horários diferentes – e pode causar efeitos colaterais substanciais, tanto físicos quanto psicológicos. Isso aumenta o nível

de especialização necessário para administrar e monitorar o tratamento. Ele também torna a terapia imediata menos atrativa para os pacientes. “Não é algo que você adota”, diz Wallace.

A outra dificuldade com as terapias atuais é o custo. Apesar do custo-benefício, eles exigem um gasto inicial significativo para benefícios que não podem se acumular ao longo de décadas – ou em casos nos quais as condições de estágio terminal não se desenvolveriam. O custo exato depende de uma série de fatores, mas coloca a terapia fora do alcance de muitos sistemas de saúde de países em desenvolvimento, quaisquer que sejam os benefícios em longo prazo. Mesmo nas sociedades mais ricas “o custo tem que ser considerado”, de acordo com o Dr. Ward, especialmente diante da necessidade potencial de tratar milhões de pacientes.

Ironicamente, para alguns pacientes, a velocidade do desenvolvimento científico está contribuindo com atrasos no tratamento. Como Kautz da Deutsche Leberhilfe aponta: “muitos pacientes ainda estão à espera de um comprimido por dia durante um mês e sem efeitos colaterais”. Eles estão assumindo um risco calculado baseado em notícias sobre drogas futuras, preocupações com as atuais e o tempo que frequentemente leva para complicações graves se desenvolverem.

Os representantes de grupos de pacientes também estão preocupados que o custo e a incapacidade de determinar quem irá desenvolver complicações estejam restringindo o uso de medicação. Dr. Gardini observa que, na Itália, o cuidado é postergado para aqueles pacientes considerados menos prováveis de desenvolver cirrose ou câncer de fígado por conta dos recursos limitados. Ele acrescenta que há evidências de que alguns médicos pedem que os pacientes com menor risco esperem por um tratamento melhor e com menos efeitos colaterais, pois acham provável que este apareça em breve. Se este “estacionamento” dos pacientes ocorreu, não seria a primeira vez. Sr. Kautz recorda que levou oito anos de campanha antes que diretrizes alemãs fossem alteradas para que os pacientes com VHC que quisessem o tratamento não tivessem o seu acesso negado por médicos que acreditavam que ainda não era necessário.

“  
Muitos  
pacientes  
ainda estão à  
espera de um  
comprimido  
por dia durante  
um mês e  
sem efeitos  
colaterais.

”

*Achim Kautz, gerente  
do Deutsche Leberhilfe*

63% dos quase 16 milhões de UDIs do mundo têm VHC

“ Os sistemas de saúde são muitas vezes os piores em discriminar pessoas que eles acham que serão complicadas ”

Charles Gore,  
presidente da Aliança  
Mundial da Hepatite

<sup>9</sup> Paul Nelson *et al*, “Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews”, *The Lancet*, agosto 2011.

Tal pensamento representa uma aposta de alto risco. O tratamento atual funciona melhor nos estágios iniciais da doença. A estratégia também é míope por razões econômicas. Como o Dr. Gardini diz sobre a Itália: “O país tem um número muito grande de pessoas com VHC – diagnosticadas e não diagnosticadas – e, portanto, os custos associados com a triagem e com o tratamento para todos são supostamente insustentáveis. Mas os custos clínicos e sociais associados com a doença serão ainda maiores se os pacientes não forem diagnosticados e tratados”.

### Não veja o mal

Embora lamentáveis, se as barreiras descritas até agora fossem as únicas, elas provavelmente desapareceriam com o tempo. O conhecimento se expande e custos diminuem, seja por meio de novas descobertas ou do desaparecimento de patentes. Um conjunto mais difícil de problemas surge da percepção sobre a doença. Embora na maioria dos países em desenvolvimento a rota principal para a disseminação da infecção ainda seja o sistema de saúde, nos países desenvolvidos a prevenção efetiva tem amplamente discutido isso. Em vez disso, nesses países a transmissão do VHC tende agora a ocorrer principalmente entre grupos marginalizados socialmente, especialmente usuários de drogas injetáveis (UDIs). Esses indivíduos muitas vezes têm relacionamentos problemáticos com os profissionais de saúde e sua ligação com a doença também tem associado um estigma para o VHC, o que impede o progresso contra ele de várias maneiras.

Os UDIs que compartilham seringas enfrentam um risco enorme, mas aqueles que compartilham drogas por via nasal também são suscetíveis à infecção. Em 2011, *The Lancet*, um jornal médico, estimou que cerca de 63% dos quase 16 milhões de UDIs do mundo têm o VHC. Também foi descoberto que, em 25 países, a prevalência do vírus da hepatite C entre os UDIs foi entre 60% e 80%, e que superou 80% em outros 12. Na Europa, as maiores taxas ocorreram nos Países Baixos (86%), Portugal (83%), Itália (81%) e Espanha (80%).<sup>9</sup>

A relação entre o uso de drogas e transmissão do VHC complica os esforços para lidar com a doença de várias formas. Apesar dos UDIs não serem um

grupo monolítico, estatisticamente é mais provável que eles sejam sem-teto ou morem em habitações abaixo dos padrões do que a média da população, tenham outras condições físicas ou psicológicas e estejam em pior situação econômica. Além disso, como diz Kautz, “não é normal que as pessoas que usam drogas cuidem de sua saúde”.

Eles podem simplesmente não querer saber se estão infectados ou, se souberem, não querem fazer nada a respeito. O consultório da Dr<sup>a</sup>. Bastable oferece teste de VHC regularmente para qualquer um em um grupo de alto risco, mas com base no número de UDIs em seu registro, ela estima que deve haver cerca de 50% mais casos identificados entre eles. As condições de vida e o estado físico geral dos UDIs também os tornam pacientes inadequados para tratamentos fisicamente exigentes e complexos. Dr. Bastable explica que 40% de seus pacientes têm problemas psiquiátricos e o tratamento também pode ser psicologicamente desestabilizador. Ela relata que, ao contrário da imagem de Nottingham de 10% recebendo tratamento citado anteriormente, na sua prática, aqueles encontrados com anticorpos de VHC são em grande parte os UDIs, apenas cerca de 1% recebe tratamento. Saroj Nazareth, uma enfermeira no Serviço de Fígado da Austrália Ocidental, acrescenta que seu programa especialista em VHC acaba tratando relativamente poucos UDIs porque os pacientes precisam estar dispostos e aptos a cumprir com o regime de tratamento.

Para piorar, os UDIs e os profissionais de saúde frequentemente desconfiam uns dos outros. De acordo com Gore, “Os sistemas de saúde são muitas vezes os piores em discriminar pessoas que eles acham que serão complicadas”. O modo como o sistema opera também pode “colocar as pessoas diretamente para fora. Você tem que vir a nós, viajar 80 quilômetros e você não gosta de como nos comportamos com você na última vez”, acrescenta. UDIs, portanto, muitas vezes não querem se envolver de modo algum, especialmente em termos do sistema de saúde. Prins acredita que uma peça-chave da investigação necessária nos esforços contra o VHC é definir modelos de cuidado integrado para esses pacientes que são eficazes em termos de absorção e resultado.

Outro grande impedimento para lidar com o VHC que surge a partir de sua relação com o uso de drogas é o estigma inegável atribuído à condição. Kautz explica: “Se você tiver uma doença do fígado, o público em geral pensa que você é culpado. Você não se cuidou no passado”. Isto tem implicações em nível governamental. Kautz descobriu que “às vezes é melhor inserir [as atividades de] hepatite C em programas existentes. Alguns políticos se sentem mais confortáveis com isso”. As dificuldades, no entanto, chegam até os próprios pacientes, incluindo aqueles que não são UDIs. Gore explica que para ex-usuários de drogas essa “pode ser

uma parte de suas vidas que eles não querem revisitar”. Além disso, mesmo que as pessoas não se contaminem dessa maneira, mas achem que seja uma doença de usuários de drogas muito estigmatizada, podem não querer fazer um teste.

Tais atitudes são especialmente problemáticas porque, embora seja fácil identificar comportamentos de alto risco para a transmissão, o longo tempo que leva para desenvolver complicações pode significar que esta identificação não ajude tanto assim em prever onde os piores problemas de saúde irão aparecer.



## 3

## Encontrar uma maneira de avançar

“ Os países precisam de uma abordagem sistemática. Há o vírus, o médico, o sistema de saúde. Se você enfrentar apenas um (aspecto da questão), é improvável que você seja bem sucedido. ”

”

*Dra. Sylvie Briand, coordenadora da unidade de sistema da Influenza, Doenças Respiratórias, Hepatite e Preparação para Pandemia e Influenza (PIP) na Organização Mundial da Saúde*

Apresentar uma solução única e detalhada para o VHC seria de pouco uso prático. Como o Wallace do CEVHAP diz: “estamos vivendo com múltiplas epidemias, diferentes, e em países diferentes”. As principais vias de transmissão, os recursos disponíveis e até mesmo os genótipos das doenças variam. Em vez de fornecer uma receita adequada, esta seção discutirá áreas que os políticos deveriam considerar, ilustrada por iniciativas específicas com ampla ressonância.

Um ponto de início universal é que o vírus da hepatite C não desaparecerá por conta própria. “Os países precisam de uma abordagem sistemática”, diz o Dr. Briand da OMS. “Há o vírus, o médico, o sistema de saúde. Se você enfrentar apenas um (aspecto da questão), é improvável que seja bem sucedido”.

O recém-lançado *Quadro de Ação Global* da OMS sobre hepatite viral, embora criado como uma estratégia global, fornece um delineamento útil de algumas das áreas específicas que esta abordagem ampla necessita abranger: obter dados para a política baseada em evidências, conscientizar e criar parcerias, prevenção, cuidados e tratamento.

### Penetrando a névoa

Dr. van de Laar do ECDC descreve a falta de bons dados epidemiológicos sobre o VHC, mesmo em países desenvolvidos, como um grande desafio: “Sem informações epidemiológicas precisas, é difícil planejar e monitorar os serviços de modo eficaz”. Assim, o ECDC lançou uma vigilância aprimorada sobre o vírus da hepatite C e publicará o primeiro relatório completo com os resultados comparáveis europeus no início de 2013. Compreender a dimensão do problema é o primeiro passo essencial para lidar com o mesmo.

Os EUA estão tomando uma direção um pouco diferente que, embora mais cara, tem utilidade clínica direta. Como muitos países, os EUA tinham inicialmente seguido uma abordagem baseada no risco para rastreamento da hepatite C. A crescente carga da doença, no entanto, colocou esta política em debate. Dr. Ward explica que, especialmente para a geração nascida entre 1945 e 1965 (os chamados baby boomers) infectada pelo sistema médico antes da década de 1990, uma estratégia baseada no risco simplesmente não estava funcionando. Muitos foram infectados há tanto tempo que podem até não se lembrar de nenhuma atividade relevante quando perguntados.

O CDC, portanto, recomendou em agosto de 2012 que todos os norte-americanos nascidos entre 1945 e 1965 sejam testados uma vez. Este grupo é responsável por 82% de todas as infecções por VHC no país. A ampla adoção deste conselho e o tratamento apropriado quando a doença é encontrada, aliviariam muito a carga da doença que a hepatite C representa. O CDC também calcula que haveria boa relação de custo-benefício em longo prazo.

Essa abordagem pode não servir para todos os países. Dr. Ward observa: “Você precisa olhar para os dados que traçam o perfil do problema de um país. Nós olhamos para a informação epidemiológica, capacidade laboratorial, estratégia e o que já estávamos fazendo em outros lugares. Ficou claro que isso representa um bom valor”. Outros países estão tomando nota. Autoridades de saúde pública no Canadá, que tem um perfil demográfico semelhante, estão planejando lançar uma revisão da estratégia de VHC em março de 2013.



O Dr. Ward acrescenta que a nova recomendação tem tido efeitos positivos para além do rastreamento. A cobertura da mídia tem sido ampla e positiva. Além disso, a revisão da política permitiu que sua organização se envolvesse com as principais sociedades de profissionais “para que autoridades de saúde pública e médicos pudessem trabalhar juntos para desenvolver modelos que fizessem sentido”. Dito isso, ele percebe que emitir uma recomendação não traz mudança por conta própria: “Você não pode apenas definir a política e ir embora. Você tem que ir até o fim”.

### Aumentar a conscientização pública (e política)

Em 2010, uma resolução da OMS designou 28 de julho anualmente como o Dia Mundial da Hepatite “para fornecer uma oportunidade para educação e maior compreensão sobre as hepatites virais como um problema global de saúde pública e estimular o reforço das medidas de prevenção e controle da doença”.

Tais resoluções não são feitas levemente. A hepatite é uma das quatro doenças com um “dia da OMS” – juntamente com a malária, tuberculose e HIV – embora a Assembleia Geral da ONU tenha designado o Dia Mundial do Diabetes também. Quão bem, porém, esses dias cumprem com os objetivos estipulados?

Gore, da Aliança Mundial da Hepatite, acha que iniciativas como o Dia Mundial da Hepatite são fundamentais, embora ele acredite que, em muitos países, os políticos não consigam fazer uso adequado delas. Seu uso primário não é a simples conscientização. “Eu as vejo em grande parte como uma forma de envolver os governos”, diz ele. “Conseguir que os países façam alguma coisa é difícil e este é um ponto de convergência muito bom. Você pode dizer ‘você se inscreveu para isso’. Trata-se de pressioná-los”. Outros ativistas concordam: Kautz da Deutsche Leberhilfe chama o dia de “útil para abrir portas”. A partir de uma perspectiva de saúde pública, o professor Ricciardi da Associação de Saúde Pública Europeia chama os esforços de ativistas em torno destas ocasiões de “importantes, principalmente em um momento de crise financeira. Você tem que decidir como distribuir recursos. O fato de que os políticos estão

conscientes que este é um problema importante ajuda muito”.

### Prevenção: mais saudável que tratamento

A prevenção precisa ser um componente central de qualquer estratégia de VHC. Sua eficácia potencial é substancial. Embora a incidência de VHC antes que o vírus fosse descoberto, obviamente, não pudesse ser medida, uma análise dos dados americanos foi capaz de produzir valores aproximados para os anos 1980. Ela descobriu que a incidência diminuiu em cerca de 85% após o fornecimento de sangue começar a ser analisado no início da década de 1990. Da mesma forma, os estudos de metade desta década mostram que, a partir de 1991, a incidência de VHC em pacientes europeus que receberam transfusões de sangue caiu para abaixo de 1%.<sup>10</sup>

As estratégias de prevenção não são perfeitas nos países desenvolvidos: O Dr. Ward relata que na última década os EUA tiveram 32 surtos relacionados com práticas de controle de infecção precárias. Enquanto isso, na Europa, a ECDC relata que, em 2010, Luxemburgo e Liechtenstein ainda não testavam para VHC os doadores de sangue ou de órgãos.

No entanto, o problema é particularmente importante para o mundo em desenvolvimento, onde em muitos países, como observa o Dr. Ward, as práticas de saúde não seguras são a causa mais comum da doença. Estes problemas sobrecarregam os esforços para enfrentar a doença. Gore aponta: “No Egito eles estão tratando dezenas de milhares de pessoas, mas podem ter mais de cem mil novas infecções por ano. Isso é ótimo para os pacientes recebendo tratamento, mas do ponto de vista da saúde pública, estão indo pelo caminho errado. Eles precisam focar em segurança do sangue e reutilização de equipamentos”.

A prevenção também é uma área na qual os governos sem recursos podem tomar medidas eficazes. Dr. Briand explica: “Há coisas que podemos fazer que não são caras. Estamos dizendo aos governos que, se eles não podem tratar as pessoas porque é caro, eles ainda podem fazer algo sobre a redução de transmissões”. O passo mais óbvio é melhorar a formação e

Na última década os EUA tiveram 32 surtos relacionados com práticas de controle de infecção precárias

<sup>10</sup> I Williams, “Epidemiology of hepatitis C in the US”, *American Journal of Medicine*, 1999; S Touzet et al, “Epidemiology of hepatitis C virus infection in seven European Union countries: a critical analysis of the literature”, *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2000.

“

O que não funciona é apenas dar uma consulta aos pacientes. Você tem que controlar a hepatite C no contexto de alguém que precisa de uma abordagem integrada entre várias entidades.

”

*Dra. Ruth Bastable, clínica geral, Reino Unido*

<sup>11</sup> H A Innes *et al*, “Quantifying the fraction of cirrhosis attributable to alcohol among chronic HCV patients: Implications for treatment cost-effectiveness”, *Hepatology*, 2012.

cumprimento dos profissionais de saúde, bem como introduzir políticas mais rígidas sobre a reutilização de suprimentos médicos. O uso de seringas autodestrutivas, por exemplo, que são impossíveis de utilizar mais de uma vez, tem boa relação custo-benefício, embora sejam mais caras que as seringas tradicionais. A análise das doações de sangue é um caso mais difícil, já que os testes necessários são relativamente caros. Mesmo aqui, porém, pelo menos em alguns contextos de países em desenvolvimento, a análise para VHC vale o investimento. É certamente mais barato que o tratamento, o qual muitos desses países simplesmente não podem pagar.

A prevenção primária, contudo, não é o único tipo. As terapias atuais não são totalmente eficazes. Embora haja esperança de melhoria, uma minoria significativa de pessoas infectadas ainda tem que aprender a viver com a doença por um período indeterminado, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Nazareth, do Serviço de Fígado da Austrália Ocidental, indica que é importante para eles serem colocados em um plano de gestão de doença hepática crônica. Isso não envolve medicação tanto quanto informação sobre opções de estilo de vida. Também os mantém em contato com os profissionais de saúde à medida que novos tratamentos são desenvolvidos.

O impacto pode ser dramático. Mesmo o baixo uso de álcool aumenta a probabilidade de pacientes com VHC desenvolverem cirrose ou CHC e o alto uso mais que duplica os riscos. Também causa estas condições muito mais rapidamente do que seria normalmente o caso. Um recente estudo escocês estima que mais de um terço da cirrose entre os pacientes com VHC foi atribuída ao fato de que eles tinham sido grandes consumidores de bebida em alguma fase de suas vidas.<sup>11</sup> Com o abuso de álcool comumente encontrado entre os pacientes com VHC, a mudança de comportamento por si só, que não significa uma solução, poderia fazer muito para reduzir a carga da doença.

### Alcançar e cuidar de pacientes onde eles estiverem

Se os sistemas de saúde de países em desenvolvimento têm de enfrentar as deficiências

no controle de infecção, os países desenvolvidos têm de enfrentar seu histórico precário de serem capazes de encontrar e tratar pacientes com hepatite C, especialmente UDIs atuais e antigos. Se o fizerem, necessitarão de inovação, tanto quanto de dinheiro. Professor Ricciardi explica: “as pessoas dos serviços de saúde tendem a esperar que os pacientes venham até elas. Com estes envolvidos em comportamentos de alto risco, você tem que ir lá. Precisamos encontrar novas formas de interação”. Dr. Bastable, um clínico geral com uma vasta experiência nesta área, acrescenta: “O que não funciona é apenas dar uma consulta aos pacientes. Você tem que controlar a hepatite C no contexto de alguém que precisa de uma abordagem integrada entre várias entidades”.

Duas iniciativas de diferentes continentes mostram inovação promissora nessa direção.

Na Holanda, pesquisadores montaram um site, promovido por uma campanha de mídia de massa, que forneceu um questionário interativo para identificar os indivíduos em risco de contrair o vírus da hepatite C. Aqueles julgados em risco poderiam, então, baixar uma carta oferecendo-lhes um exame de sangue gratuito e anônimo, feito em um ambiente não clínico, para detecção de anticorpos do VHC. Entre abril de 2007 e dezembro de 2008, enquanto o projeto decorreu, quase 10 mil pessoas completaram o questionário e 1.480 qualificaram-se para o teste, das quais 28% optaram por fazê-lo. Para aqueles que tiveram um teste positivo foi ofertado um teste de HCV RNA para confirmar o diagnóstico e foi oferecido tratamento aos indivíduos diagnosticados com VHC crônico. O projeto foi julgado como muito bem sucedido porque foi de baixo custo, teve uma alta taxa de aceitação para essa iniciativa e todos os indivíduos recém-identificados infectados com VHC crônico eram de populações de difícil alcance.

Freke Zuure do Serviço de Saúde Pública de Amsterdã, que coordenou o esforço da internet, diz que a ação tem várias vantagens específicas para o VHC além do baixo custo. Em particular, por causa do estigma da doença, “as pessoas não precisam se identificar. A web fornece uma maneira anônima para facilitar os testes e, porque o questionário de avaliação de risco pode ser interativo, ele pode

dar aconselhamento personalizado.” Prins, que também trabalhou no projeto, acrescenta que a internet é onde muitas pessoas já estão recebendo informações médicas e aconselhamento, de modo que seria natural para elas usarem uma ferramenta baseada na Web para o VHC. O projeto, portanto, ofereceu cuidados em um ambiente onde muitos potenciais pacientes já estavam presentes e confortáveis e os receberam de um modo que contornou os efeitos do estigma.

Na Austrália Ocidental, os profissionais de saúde estão tentando acessar populações remotas e superar o estigma de uma maneira diferente. O estado tem metade do tamanho da Europa, mas povoado de forma esparsa. Na última década, instituiu uma ampla estratégia de tratamento e prevenção do VHC, que incluiu mais clínicas em localidades rurais, bem como um maior treinamento e cooperação com clínicos gerais acerca do tratamento. Mas, mesmo após essas mudanças, os pacientes ainda enfrentavam longas listas de espera para ver os especialistas.

Então, em 2005, o estado modificou a legislação para criar o cargo de enfermeiro com prática em hepatologia (HNP) no serviço de hepatologia. Ao contrário de um enfermeiro tradicional, este profissional pode, dentro de rigorosos protocolos clínicos, solicitar testes, dar diagnósticos, prescrever medicamentos e encaminhar os pacientes para outros médicos, bem como monitorar o tratamento e ajustá-lo à luz de quaisquer efeitos colaterais. Nazareth, a primeira enfermeira com prática em hepatologia do estado, explica que a iniciativa tem o cuidado simplificado – uma consideração importante para uma população para a qual ver um profissional de saúde pode envolver viagens substanciais. “Ela fornece um serviço unificado para o paciente, que pode ser

atendido e obter medicação. Tem uma boa relação de custo-benefício e se ganha tempo, porque você não tem que ver o especialista”. Ela também permite um contato maior com a população, especialmente com aqueles que valorizam a discrição. O enfermeiro com prática em hepatologia é capaz de ir à comunidade, em vez de confiar que os pacientes venham às clínicas em locais públicos, o que é difícil para alguns por causa do estigma existente em torno da doença.

Os resultados têm sido positivos. Os tempos de espera são menores e a atenção mais rápida aos efeitos colaterais levou a menos complicações, liberando os especialistas para se concentrarem em casos mais difíceis. Uma pesquisa com pacientes descobriu que 98% estavam satisfeitos com o serviço de enfermagem com prática em hepatologia. Melhor ainda, dentro de um ano após a criação da função, o número de novos pacientes com acesso ao tratamento dobrou de 60 para 120 sem aumento de pessoal médico. Além disso, uma mudança para um maior uso da telemedicina tem feito o atendimento de pessoas nas áreas mais rurais ainda mais fácil. Desde o piloto na Austrália Ocidental, um segundo enfermeiro com prática em hepatologia foi contratado lá e Queensland e New South Wales criaram estes cargos.

Apesar de bastante diferentes em muitos aspectos, estes exemplos holandeses e australianos demonstram os benefícios de encontrar novas maneiras de alcançar populações que são potencialmente relutantes em interagir com os serviços de saúde tradicionais e simplificar o cuidado de uma forma centrada no paciente. Por si só, nenhuma dessas abordagens é uma solução completa para envolver os pacientes com o vírus da hepatite C, mas ambas mostram o tipo de pensamento que é necessário.

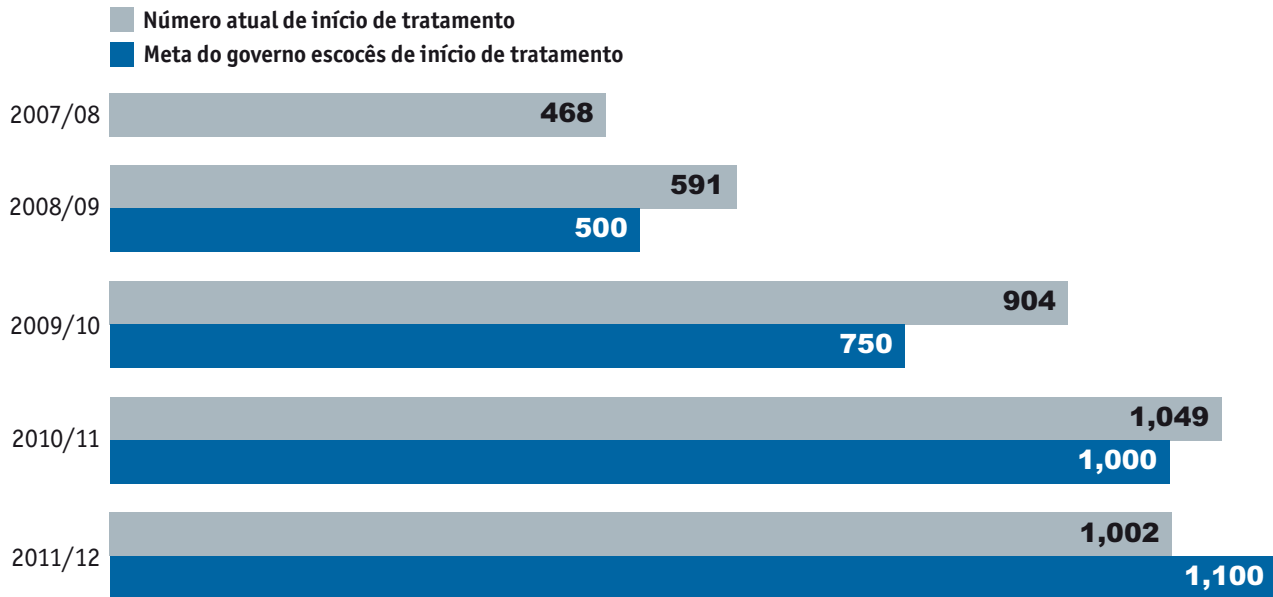
# Estudo de caso

## Trazendo todos juntos: O Plano de Ação escocês

### Gráfico 3

#### O número atual e a meta de pessoas cronicamente infectadas iniciadas na terapia antiviral contra a hepatite C do governo da Escócia, para os exercícios dos anos de 2007/08 - 2011/12

(número)



Nota. Os dados para 2011/12 são provisórios.

Fonte: Proteção à Saúde da Escócia, usando dados fornecidos pelos centros de tratamento da hepatite C.

O Plano de Ação de Hepatite C da Escócia é frequentemente citado como um dos principais exemplos de boas práticas. A fase ativa do plano, que funcionou entre 2008 e 2011, fez um progresso significativo (gráfico 3). Entre 2007 e 2010 o número de pessoas testadas pelos quatro maiores conselhos de saúde escoceses subiu de cerca de 34.000 para cerca de 44.000. Enquanto isso, o número de diagnósticos aumentou de pouco mais de 1.500 em 2007 para mais de 2.100 em 2011. E mais importante, o número de pessoas sendo tratadas mais que dobrou, superando as metas do plano. A ligeira queda em 2011-12 parece estar relacionada com um número de pacientes à espera da introdução do tratamento baseado em inibidores da protease, prometido pelas autoridades de saúde escocesas para 2013.

No coração do plano escocês estava uma abordagem abrangente e coordenada. Iniciativas integradas e metas abrangendo ações de conscientização, prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como coordenação. Cada conselho local de saúde tinha, ou estava filiado a uma rede de cuidados e de tratamento local, bem como uma rede de prevenção local. Eles foram, e ainda são,

responsáveis pela implementação de políticas, mas também se reúnem em redes nacionais que partilham as melhores práticas. Professor David Goldberg, presidente do conselho de governo do Plano de Ação da Hepatite C de 2008 a 2011, aponta que um plano tão abrangente que envolve tanto prevenção quanto tratamento é relativamente incomum.

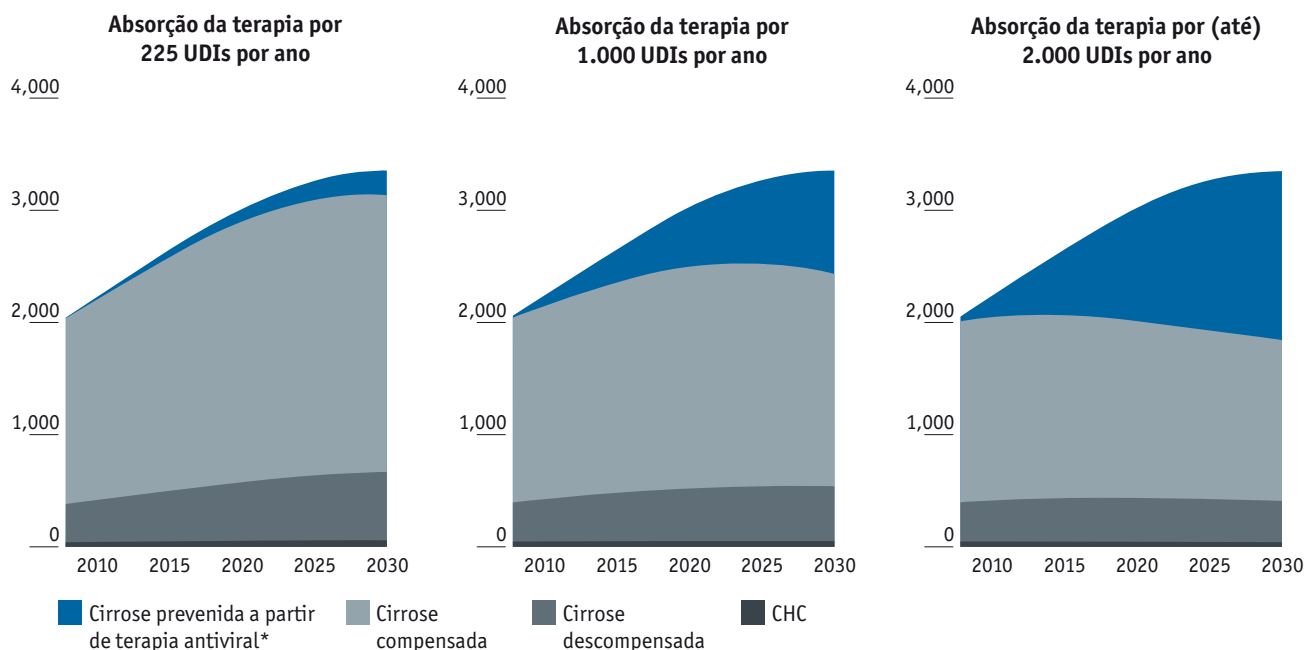
Professor Goldberg acredita que uma série de fatores se uniram para permitir que o plano fosse lançado, incluindo a elevada conscientização do público e dos políticos conduzida por ativistas eficazes, boa liderança clínica e de saúde pública e o aparecimento de terapias com boa relação custo-benefício próximo do início da década.

O governo estava interessado, mas antes de agir seria necessária uma estratégia bem pensada. Este pedido provou ser benéfico. As autoridades interessadas, em seguida, passaram um ano e meio coletando informações novas e trabalhando de várias formas em um esquema detalhado. Esses esforços também permitiram o desenvolvimento de relações com as partes interessadas, que se

## Gráfico 4

## Número de UDIs com cirrose na Escócia por taxas de absorção diferentes de terapia antiviral contra o HCV, 2008-30

(número de UDIs vivendo com cirrose)



\* Exclui aqueles impedidos de terapia antiviral antes de 2008.

Fonte: Proteção à Saúde da Escócia, 2009.

mostraram essenciais para a coordenação eficaz das atividades posteriores.

De acordo com o professor Goldberg, as chaves para o sucesso foram um financiamento adequado e coordenação. Ele observa: "Foi um negócio muito complexo, abrangendo todo o país, todo o espectro de serviços, o tempo todo desde educar as crianças nas escolas até dar tratamentos antivirais para os indivíduos infectados pelo VHC. Foi essencial que houvesse uma abordagem coordenada" (gráfico 4). Assim, enquanto a maior parte do financiamento foi para a prevenção e o tratamento, uma proporção considerável foi alocada para a coordenação e ainda coleta de informações. Também muito importante, diz o professor Goldberg, foram transparência e responsabilidade. O plano tinha construído metas claras, que em grande parte foram alcançadas.

Ainda há muito trabalho a ser feito. A Proteção à Saúde da Escócia estima que aproximadamente metade das pessoas com

VHC permanece sem diagnóstico. Ao invés de simplesmente serem renovados em 2011, os esforços para combater a doença se desenvolveram mais adiante. Eles estão sendo integrados ao Quadro de Saúde Sexual e Vírus do Sangue, que tem uma abordagem abrangente para lidar com as hepatites B e C, bem como com o HIV. Isso faz sentido estratégico, dada a sobreposição em populações de risco e meios potenciais de transmissão. Iniciativas específicas de prevenção do VHC, incluindo educação em geral e uma nova iniciativa de aconselhamento de igual para igual com os UDIs continuará, e o Professor Goldberg e sua equipe continuarão a acompanhar a eficácia deles. Enquanto isso, as redes nacionais de tratamento e prevenção em curso estão desenvolvendo indicadores para medir a qualidade do atendimento do VHC. Talvez o legado mais duradouro do plano de ação será que ele ajudou a fazer da prevenção e do tratamento da hepatite C uma importante questão de saúde.

## Conclusão

A pandemia silenciosa já está começando a fazer um barulho que ficará muito mais alto nos próximos anos. Mesmo países desenvolvidos com uma incidência relativamente baixa de VHC enfrentam uma onda de doenças hepáticas com um custo humano potencialmente grande. Dado o número de pessoas afetadas, o impacto econômico também é passível de ser substancial. Atualmente, porém, dizer qualquer coisa mais concreta é difícil porque os esforços que impedem enfrentar o VHC são a falta de conhecimento – às vezes básico – sobre o vírus e sua prevalência, as opções problemáticas de tratamento, as dificuldades de tratar os UDIs e o estigma associado à doença, sem falar em questões mais amplas, como seu custo total para a sociedade.

Quaisquer que sejam os obstáculos, os formuladores das políticas de saúde não têm outra escolha a não ser enfrentar o problema de modo mais agressivo. Cada país enfrenta um conjunto diferente de circunstâncias, mas há alguns elementos comuns sobre os quais todos devem pensar.

- **Adotar uma abordagem abrangente:** as várias dificuldades envolvidas no enfrentamento do VHC exigem uma estratégia coordenada. Corrigir apenas um conjunto de problemas pode apenas revelar outras dificuldades. Iniciativas como o recém-lançado Índice Europeu de Hepatite, que classifica e compara o desempenho dos cuidados da hepatite em 30 países europeus, podem ajudar os países a ver onde precisam fazer melhorias.

- **Obter bons dados:** mesmo entre os países desenvolvidos com recursos suficientes, muito poucos têm boas informações sobre a extensão do desafio que o VHC representa para os sistemas de saúde. Sem informações, a elaboração de políticas adequadas às condições locais – como iniciativas destinadas a alcançar toda a população e elevar os padrões do sistema de saúde, onde a transmissão médica é uma questão importante, ou medidas focadas em alcançar grupos de alto risco tais como UDIs, já que eles são o principal foco de infecção – pode não ser possível.

- **Conscientização:** embora bons dados públicos não possam impedir todos os comportamentos de alto risco, sua ausência deixará as pessoas em risco muito mais vulneráveis. Além disso, compreender a doença pode ajudar a superar o estigma que impede o tratamento.

- **Prevenção:** essencialmente, o VHC é uma doença totalmente evitável. Alguma conscientização pode, por si só, reduzir sua incidência, mas a maior parte do foco da prevenção em todo o mundo ainda precisa ser nos sistemas de saúde, que são muitas vezes o meio pelo qual a doença se espalha. A prevenção secundária também é crucial, tanto em partes do mundo onde o tratamento é inacessível quanto para pacientes que não respondem aos fármacos.

● **Como chegar até os pacientes mais necessitados:** pacientes com o vírus da hepatite C podem tanto ter esquecido os eventos que os infectaram, como transfusões de sangue décadas antes, quanto podem querer esquecer, como experiências com drogas. Os UDIs e os sistemas de saúde têm uma relação tensa. Encontrar formas inovadoras para chegar aos pacientes, em vez de depender de estruturas de saúde tradicionais, será essencial para que aqueles que necessitam de tratamento o recebam antes do desenvolvimento de condições de estágio terminal.

Acima de tudo, ao considerar como enfrentar o VHC efetivamente, os desenvolvedores de políticas públicas devem lembrar que essas mudanças podem trazer benefícios mais amplos e muitas vezes são melhor integrados em iniciativas mais amplas. Em

um nível básico, o tratamento precoce para o VHC irá diminuir consideravelmente o nível de cirrose e câncer primário de fígado em muitos países. Além disso, os mesmos passos que ajudam a prevenir a propagação do vírus – sejam as melhorias nos protocolos do sistema de saúde sejam os esforços direcionados para a redução da transmissão entre os UDIs – ajudam também a reduzir a transmissão de outras doenças, como a hepatite B ou o HIV e novas doenças emergentes. Protocolos de cuidados mais centrados no paciente são aplicáveis para uma série de áreas: profissionais de enfermagem, por exemplo, são eficazes na prestação de cuidados para uma gama de doenças crônicas. Os esforços para combater o VHC, então, não só ajudarão os países a lidar com uma ameaça iminente, mas também deixarão os sistemas de saúde mais fortes em face de outros desafios.

**Os links a seguir fornecem informações úteis sobre o vírus da hepatite C e questões que o circundam:**

-Página de Hepatite da Organização Mundial da Saúde, <http://www.who.int/topics/hepatitis/en/>

-Página do Centro de Controle de Doenças de Hepatite Viral, <http://www.cdc.gov/hepatitis/>

-Página do Centro Europeu para Prevenção de Doenças e Controle da Hepatite C [http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis\\_C/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Pages/index.aspx)

-Aliança Mundial da Hepatite <http://www.worldhepatitisalliance.org/Home.aspx>

-Coalizão para a Erradicação da Hepatite Viral na Ásia e no Pacífico <http://www.cevhap.org/index.php/en/>

-Índice Europeu de Hepatite <http://www.hep-index.eu/index-map.html>









Embora todos os esforços tenham sido tomados para verificar a precisão destas informações, The Economist Intelligence Unit Ltd. não pode aceitar qualquer responsabilidade ou obrigação de confiança por qualquer pessoa neste relatório ou quaisquer informações, opiniões ou conclusões apresentadas nele. Este relatório foi encomendado e financiado pela Janssen Pharmaceutica NV. Os pontos de vista e opiniões dos autores não são necessariamente os da Janssen.

LONDRES  
26 Red Lion Square  
London  
WC1R 4HQ  
Reino Unido  
Tel: (44.20) 7576 8000  
Fax: (44.20) 7576 8500  
E-mail: london@eiu.com

NOVA IORQUE  
750 Third Avenue  
5th Floor  
New York, NY 10017  
Estados Unidos  
Tel: (1.212) 554 0600  
Fax: (1.212) 586 1181/2  
E-mail: newyork@eiu.com

HONG KONG  
6001, Central Plaza  
18 Harbour Road  
Wanchai  
Hong Kong  
Tel: (852) 2585 3888  
Fax: (852) 2802 7638  
E-mail: hongkong@eiu.com

GENEBRA  
Boulevard des Tranchées 16  
1206 Geneva  
Suíça  
Tel: (41) 22 566 2470  
Fax: (41) 22 346 93 47  
E-mail: geneva@eiu.com