



PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

PORTUGAL

2019

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

2019

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019.

PALAVRAS CHAVE

Hepatite viral, VHA, VHB, VHC, VHD, VHE

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS

Ana Fernandes, Helena Cortes Martins, Isabel Aldir, Joana Bettencourt, Jorge Rodrigues, Maria João Aleixo, Rui Tato Marinho

Lisboa, julho, 2019

Índice

Índice de Gráficos e Figuras	3
Siglas e Acrónimos	4
Sumário Executivo	5
Executive Summary	6
1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde.....	7
2. Diagnóstico da Situação	9
3. Atividades 2017 – 2018.....	16
3.1. Prevenção.....	16
3.1.1 Vacinação hepatite B	16
3.1.2. Distribuição de preservativos e Programa Troca de Seringas.....	16
3.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação	17
3.3. Acesso ao melhor tratamento da hepatite C de acordo com as Normas de Orientação Clínica.....	18
4. Roteiro de ação 2019 - 2020	20
5. Referências Bibliográficas	22

Índice de Gráficos e Figuras

Gráfico 1 - Número de casos notificados de hepatite A, por semana, 2016-2018.....	10
Figura 1 - Caracterização dos doentes tratados para hepatite C.	19

Siglas e Acrónimos

AAD – Antivirais de Ação Direta

AgHbs – Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

Anti-Hbs – Anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA

PTS – Programa Troca de Seringas

RVS – Resposta Viroológica Sustentada

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE/EEE – União Europeia / Espaço Económico Europeu

VHA – Vírus da Hepatite A

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VHD – Vírus da Hepatite D

VHE – Vírus da Hepatite E

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Sumário Executivo

Este relatório procura descrever a atual situação epidemiológica das hepatites virais em Portugal, sintetiza as principais atividades desenvolvidas em 2017 e 2018 e os resultados alcançados no âmbito do Programa Nacional para as Hepatites Virais e aponta as prioridades de intervenção para 2019 e 2020.

Diagnóstico da situação

As hepatites virais são uma causa importante de doença e de morte em Portugal, como em todo o mundo mas podem ser prevenidas e tratadas. Conhecer a magnitude destas infeções é fundamental para um melhor planeamento da resposta nacional.

Embora aborde todas as formas de hepatite, foi dada especial ênfase às hepatites B e C pela sua significativa importância em termos de saúde pública. Segundo os dados disponíveis, as hepatites B e C atingem preferencialmente indivíduos do sexo masculino com idades superiores aos 25 anos. Os óbitos associados a estas infeções também ocorrem maioritariamente nos homens.

A vacinação contra a hepatite B tem atingido, nos últimos anos, taxas de cobertura superiores a 95%.

O tratamento da hepatite C com antivirais de ação direta (AAD) tem sido disponibilizado a todas as pessoas infetadas por vírus da hepatite C elegíveis nos termos da Norma de Orientação Clínica, com taxas de cura superiores a 96%.

Atividades | 2017 – 2018

A prevenção, o rastreio e diagnóstico e o tratamento são as medidas centrais conducentes à eliminação das hepatites virais enquanto problema de saúde pública. Durante o período 2017-2018, apostou-se no desenvolvimento de um conjunto de atividades que assentam nestas três medidas:

- ✓ Promoção da vacinação contra a hepatite B
- ✓ Distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos
- ✓ Distribuição do Kit do Programa Troca de Seringas para o consumo seguro de drogas por via injetável
- ✓ Manutenção e reforço do investimento nos programas de rastreio e diagnóstico das hepatites virais e a adequada referenciação para os cuidados de saúde
- ✓ Tratamento de todas as pessoas infetadas com hepatite C, incluindo a população reclusa.

Plano de ação | 2019 – 2020

- Conhecimento da prevalência das hepatites B e C na população portuguesa
- Manter o enfoque nos programas de prevenção, rastreio e referenciação das hepatites B e C
- Monitorização do tratamento da hepatite C
- Micro-eliminação da hepatite C em populações específicas, designadamente a população reclusa e as pessoas que utilizam drogas por via injetável
- Estudo de impacto financeiro e dos ganhos em saúde do acesso universal ao tratamento da hepatite C através de antivirais de ação direta.

Executive Summary

This report describes the current epidemiological situation of viral hepatitis in Portugal, summarizes the main activities carried out in 2017 and 2018 and the results achieved under the National Program for Viral Hepatitis and outlines priority interventions for 2019 and 2020.

Diagnosis of the situation

Viral hepatitis is a major cause of disease and death worldwide including Portugal, but can be prevented and treated. Knowing the magnitude of these infections is critical to better planning the national response.

The document addresses all forms of viral hepatitis; nevertheless, special emphasis has been placed on hepatitis B and C for their significant public health importance.

According to available epidemiological data, males over the age of 25 years are most affected by hepatitis B and C. Deaths associated with these infections also occur mostly in men.

Hepatitis B vaccination has reached coverage rates of over 95% in recent years.

Hepatitis C treatment with direct-acting antivirals (DAA) has been made available to all hepatitis C-infected persons eligible under the Clinical Guidance Standard, leading to cure in more than 96%.

Activities 2017 – 2018

Prevention, testing and diagnosis and treatment are central measures leading to the elimination of viral hepatitis as a public health problem. During the period 2017-2018, we focused on the development of a set of activities based on these three measures:

- ✓ Promotion of hepatitis B immunization
- ✓ Male and female condoms free distribution
- ✓ Provision of sterile injecting equipment among people who inject

drugs (Needle and Syringe Exchange Programme)

- ✓ Maintenance and reinforcement of investment in hepatitis B and C testing, diagnosis and appropriate referral for health care services
- ✓ Treatment of all persons infected with hepatitis C, including people in prison.

– Action plan | 2019-2020

- Knowledge of hepatitis B and C prevalence in the Portuguese population
- Scale-up of Hepatitis B and C prevention, testing and referral programs
- Monitor Hepatitis C treatment
- Promote micro-elimination in specific populations, such as people in prison and people who inject drugs
- Develop studies on financial impact and health gains of the universal access to new generation direct-acting antivirals for treatment of hepatitis C.

1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

Em maio de 2016, a Assembleia Mundial da Saúde endossou a Primeira Estratégia do Setor da Saúde para as Hepatites Virais que apela à ação para a eliminação destas infeções como uma ameaça à saúde pública até 2030, reconhecida a sua importância enquanto entidades que contribuem com elevada morbilidade e mortalidade em todo o mundo¹.

Na mesma altura, Portugal respondeu ao apelo, através da criação do Programa Nacional para as Hepatites Virais, integrado no conjunto dos 12 programas de saúde prioritários da Direção-Geral da Saúde. Definiu-se assim o primeiro plano estratégico nacional do setor da saúde orientado para o controlo das hepatites virais (hepatites A, B, C, D e E), no qual se colocou uma ênfase particular sobre as hepatites virais B e C, dada a sua maior representatividade em termos de saúde pública.

Contudo, a resposta nacional às hepatites virais já se refletia nas medidas e estratégias entretanto adotadas, nomeadamente, a implementação da vacinação universal contra a hepatite B aos 11 a 13 anos de idade em 1994 e, a partir do ano 2000, ao nascimento, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de vacinar todas as crianças recém-nascidas, com o esquema de administração de 3 doses: a primeira logo após o nascimento, ainda na maternidade/hospital, a segunda aos 2 meses de idade e a terceira aos 6 meses de idade².

Foram também adotadas medidas de segurança do sangue, da prevenção da transmissão materno-infantil da hepatite B, a implementação de programas de redução de riscos e minimização de danos para as pessoas que utilizam drogas por via injetável, a promoção do rastreio e diagnóstico e o acesso ao tratamento.

Este relatório sintetiza o caminho percorrido por diferentes setores e aponta resultados que alicerçam a nossa confiança na prossecução da meta de eliminar as hepatites virais até 2030. Devemo-nos orgulhar das coberturas vacinais das coortes abrangidas pela vacinação universal que se têm mantido sempre dentro da meta estabelecida ($\geq 95\%$), pelo que a grande maioria das pessoas com 37 ou menos anos de idade estão protegidas contra a hepatite B.

Em 2018, a vacinação completa (3 doses) contra a hepatite B atingiu, aos 12 meses de idade, a cobertura de 98%.

A forma como a Direção-Geral da Saúde liderou a resposta imediata ao surto da hepatite A que teve início no final de 2016, à semelhança do que aconteceu em outros países da União Europeia, mobilizando dirigentes e especialistas de organismos do Ministério da Saúde e de representantes de organizações de base comunitária, deve igualmente constituir motivo de orgulho nacional.

Salientamos igualmente o pioneirismo de Portugal, a nível europeu e mundial, na tomada de decisão e implementação do tratamento de todas as pessoas infetadas pelo vírus da hepatite C, com recurso aos antivirais de ação direta, tendo sido autorizados desde então cerca de 25 mil tratamentos, com taxas de cura superiores a 96%.

Também como abordagens inovadoras, destacamos o investimento no rastreio comunitário promovido pelas organizações da sociedade civil, através de iniciativas de proximidade, levando as respostas aos contextos de vida das populações mais vulneráveis.

Do mesmo modo, foi imbuído desse espírito que, em parceria com a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, se estabeleceu a rede de referência para o tratamento da população reclusa em matéria das infeções pelos vírus das hepatites B e C e o vírus da imunodeficiência humana, encontrando-se esta medida implementada em cerca de 80% dos estabelecimentos prisionais do território nacional continental.

Contudo, o caminho não está ainda feito e será necessário intensificar os nossos esforços para melhorar a resposta nacional. A informação disponível sobre as hepatites virais continua a apresentar lacunas, pelo que precisamos de melhorar os nossos sistemas de vigilância, com vista ao conhecimento válido e atualizado da situação destas infeções em Portugal, permitindo assim um melhor planeamento das nossas ações. Precisamos de continuar a apostar em medidas inovadoras nas nossas abordagens por forma a chegar onde ainda não chegámos. Precisamos de reforçar o trabalho de cooperação com os diferentes sectores da nossa sociedade.

Numa altura em que assinalamos o Dia Mundial das Hepatites Virais, sob a égide da Organização Mundial da Saúde, comprometemo-nos a investir na eliminação das hepatites virais, como problema de Saúde Pública, até 2030, prosseguindo a nossa missão de promoção da saúde e prevenção da doença, com ambição, com inovação, com os parceiros e com os cidadãos, por forma a termos uma sociedade mais longa e mais saudável.

Julho de 2019

Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde

2. Diagnóstico da Situação

O termo hepatite viral refere-se a uma inflamação no fígado, em regra causada por um de cinco vírus, muito distintos entre si: os vírus da hepatite A e da hepatite E, de transmissão fecal-oral, e os vírus da hepatite B, hepatite C e hepatite D, transmitidos por via parentérica ou sexual. Embora sejam maioritariamente doenças que atingem o fígado, pode haver envolvimento de outros órgãos e sistemas, particularmente nos casos de hepatites crónicas.

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

Efetivamente, a OMS estimou que, em 2015, as hepatites virais (nomeadamente a hepatite B e a hepatite C) causaram 1,34 milhões de mortes, principalmente por cirrose e carcinoma hepatocelular. Este número de mortes é comparável ao da tuberculose (1,37 milhões de óbitos) e supera o atribuído ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) (1,06 milhões de mortes) e à malária (0,44 milhões de mortes). Acresce a este facto, a circunstância de as mortes relacionadas com VIH, a malária e a tuberculose terem decrescido na última década ou mais, e a mortalidade relacionada com as hepatites virais continuar a aumentar (aumento de 22% desde 2000)³.

Reconhecendo a importância destas entidades, em maio de 2016, a 69ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou por unanimidade a primeira Estratégia Global do Setor da Saúde sobre Hepatite Viral¹. Foi assim estabelecida uma meta para eliminar as hepatites virais como uma grande ameaça à saúde pública, definida como uma redução nas mortes associadas às hepatites em 65% e no número de novas infeções crónicas por VHB e VHC em 90% até 2030.

É nesta matriz que surge o Programa Nacional para as Hepatites Virais, e em que é gizado o seu programa e plano estratégico.

Hepatite A

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

Em 2017, a situação alterou-se e começou a verificar-se um aumento no número de casos confirmados de hepatite A, alguns referentes ao ano de 2016. Nos meses seguintes, viria a confirmar-se estarmos perante um surto, que ocorreu em 22 países da União Europeia/Espaço Económico Europeu, incluindo Portugal, totalizando 4.475 casos, entre 1 de junho de 2016 e 7 de setembro de 2018, atingindo maioritariamente homens que tinham sexo com homens⁴.

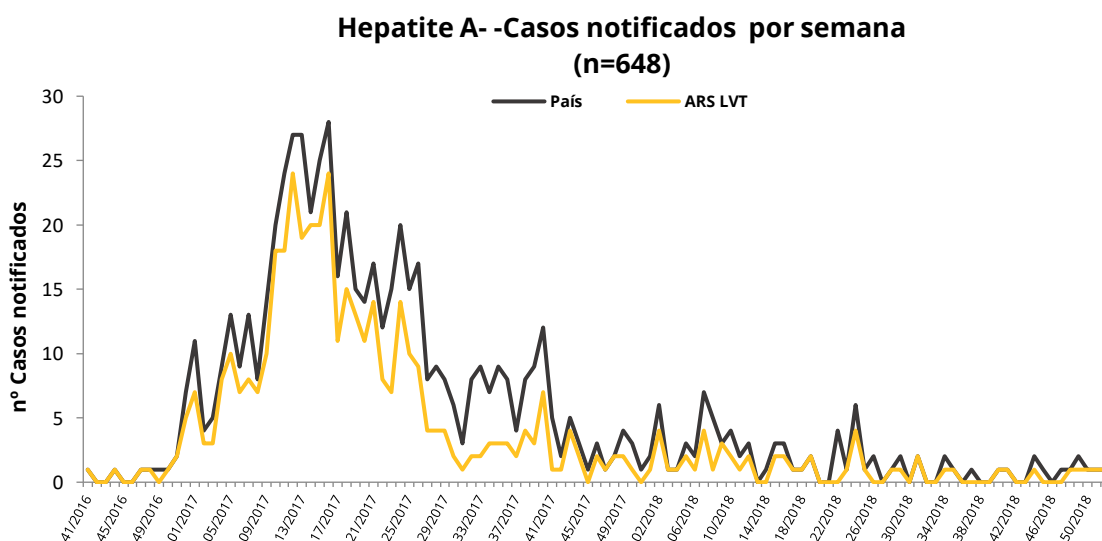
Em Portugal, este surto teve as mesmas características epidemiológicas, e viriam a ser notificados 560 e 83 casos, respetivamente em 2017 e 2018. A grande maioria dos casos (66,7%) verificou-se na região de Lisboa e Vale do Tejo e o grupo etário mais afetado foi o dos 18-39 anos (66,4%).

Desde então tem-se verificado um decréscimo progressivo do número de novos casos notificados, sendo a atual expressão da doença semelhante à existente previamente a este surto.

À data deste surto, e pela sua singularidade, foram desenhadas estratégias específicas por forma a se reduzir a sua expressão. Nesse contexto foi feita uma reserva nacional de vacinas e definidas campanhas de vacinação orientadas para a população mais atingida, que decorreram em locais e horários adaptados às mesmas, num trabalho conjunto e muito profícuo com organizações de base comunitária, e que certamente contribuiu para a contenção do referido surto.

A necessária atenção sobre a hepatite A mantém-se atual, uma vez que a diminuição da incidência da doença originou um número crescente de pessoas suscetíveis (de acordo com o Inquérito Serológico Nacional 2015-2016 — Doenças Evitáveis por Vacinação, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 58,1% da população nacional apresenta imunidade para a infeção por vírus da hepatite A, mas a prevalência de imunidade nas idades abaixo dos 30 anos revelou-se inferior à observada no inquérito anterior e despertou particular atenção o valor de 14,4% encontrado para o grupo etário dos 20 aos 29 anos), criando condições para o aparecimento de surtos, com o consequente risco de maior morbilidade e mortalidade⁵. Assim, é necessária uma atenção redobrada com indicação de vacinação sempre que tal se justifique, com particular atenção aos indivíduos e grupos em maior risco (candidatos a transplante hepático, crianças sob terapêutica com fatores de coagulação derivados do plasma, viajantes após avaliação personalizada, pessoas com outras doenças hepáticas crónicas, homens que têm sexo com homens e os utilizadores de drogas injetáveis).

Gráfico 1 - Número de casos notificados de hepatite A, por semana, 2016-2018



Fonte: SINAVE

Hepatite B

Embora o vírus da hepatite B (VHB) tenha uma distribuição mundial, existem grandes variações na prevalência de infeção crónica nas diversas regiões geográficas. A OMS definiu graus de endemicidade para a infeção por VHB de acordo com os valores da prevalência de portadores

crónicos: alta se $\geq 8\%$; intermédia se entre 2 e 8% e baixa se $< 2\%$. De acordo com o último Inquérito Serológico Nacional 2015-2016 — Doenças Evitáveis por Vacinação, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, a prevalência de infeções crónicas foi de 0,7% no género masculino e de 0,2% no género feminino, traduzindo uma endemicidade baixa para o País⁵.

Na Região Europeia da OMS, estima-se que mais de 15 milhões de pessoas vivam com infeção crónica por VHB, o que pode conduzir a complicações hepáticas severas em cerca de 20 a 30% das pessoas infetadas⁶.

Em 2019, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) dava conta no seu relatório com referência aos dados de 2017, que o número de novas infeções por VHB diagnosticadas e notificadas em 30 países da Europa, incluindo Portugal, continua elevado, sendo a maioria infeções crónicas (58%). Foram notificados 26.907 casos de infeção por VHB, correspondendo a uma taxa bruta de 6,7 casos por 100.000 habitantes⁷.

A taxa mais alta de infeções agudas foi observada entre os 35-44 anos de idade, sendo que para as infeções crónicas, a maior taxa verificou-se entre os 25 e os 34 anos de idade. A proporção geral entre homens e mulheres foi de 1,6.

A taxa de casos agudos continua a diminuir, o que está de acordo com as tendências globais e reflete o impacto dos programas nacionais de vacinação.

Entre os casos agudos com informação completa, a transmissão heterossexual foi mais comumente relatada (27%), seguida de transmissão nosocomial (16%) e transmissão entre homens que fazem sexo com homens (13%). Entre os casos crónicos, a transmissão vertical e a transmissão nosocomial foram as vias de transmissão mais frequentes (41% e 28%, respetivamente).

Em Portugal, de acordo com os dados do SINAVE, em 2017, foram notificados 175 casos de infeção por VHB, sendo 71 casos crónicos, 39 agudos e 65 desconhecidos. A maioria dos casos verificou-se em pessoas do género masculino e em grupos etários que não foram abrangidos pela vacinação (idades superiores aos 37 anos). A forma provável de transmissão, conhecida em 42% dos casos, foi maioritariamente transmissão sexual (65%). Registaram-se 9 casos de transmissão vertical (12,7%).

Em 2018, foram notificados 174 casos de infeção por VHB, sendo 84 casos crónicos, 34 agudos e 56 desconhecidos. À semelhança do ano transato, a maioria dos casos verificou-se em pessoas do género masculino, com idades superiores a 37 anos. A forma provável de transmissão, conhecida em 43% dos casos, foi de novo maioritariamente por transmissão sexual (64%).

Quando se analisa a informação sobre os óbitos associados à hepatite B, nos dois últimos anos, os números reportados são baixos e maioritariamente ocorreram em pessoas do género masculino. Importa referir que estes números estarão, certamente, subdimensionados particularmente nos casos crónicos, uma vez que no preenchimento dos certificados de óbito é assumida a causa de morte (exemplo: cirrose hepática, carcinoma hepatocelular) e não a sua etiologia. Urge a adoção de estratégias que nos permitam, num futuro breve, recolher de forma sistemática e automática esta informação, tanto mais que a mesma necessita de ser monitorizada para se avaliar o cumprimento das metas definidas pela OMS até 2030.

Em Portugal, a implementação da vacinação universal contra a hepatite ocorreu em 1994, inicialmente para os adolescentes entre os 11 a 13 anos de idade. A partir de 2000 passou a ser administrada a todos os recém-nascidos, com o esquema de administração de 3 doses: a primeira logo após o nascimento, ainda na maternidade/hospital, a segunda aos 2 meses de idade e a terceira aos 6 meses de idade².

Está ainda recomendada a vacina a alguns adultos em maior risco para a infeção por VHB, conforme indicado na Circular Normativa No 15/DT de 15/10/2001, da Direção-Geral da Saúde⁸.

De acordo com o último Inquérito Serológico Nacional 2015-2016 — Doenças Evitáveis por Vacinação, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, a proporção ponderada para a população nacional foi de 40,1% de indivíduos com imunidade comprovada a VHB. Feita a análise da distribuição, nos diferentes grupos etários, a proporção mais baixa dos indivíduos com resultado positivo para anti-HBs, foi verificada nos grupos etários de idade superior a 44 anos. O grupo etário com maior frequência de resultados positivos foi o dos indivíduos com idades entre os 20 e os 29 anos (78,7%), o que está em concordância com os casos notificados⁵.

Daqui decorrem dois aspetos fundamentais:

1. Perceber, com maior detalhe, quem são as pessoas com hepatite B e idades inferiores a 37 anos por forma a se avaliar se são provenientes de outros países onde não foram imunizadas, ou se são casos em pessoas previamente vacinadas ou que, por opção não fizeram a vacina;
2. Caracterizar a população com hepatite B e idade superior a 37 anos, por forma a se avaliar se se estão a perder oportunidades de propor a vacinação e assim contribuir para a maior proteção individual e de grupo.

Quando se analisa a situação em populações específicas, e de acordo com a informação constante na plataforma de registo dos doentes em hemodiálise, os dados referentes a 2018 revelam a existência de 1,18% de pessoas portadoras de AgHBs.

Já os dados disponibilizados pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), referentes a 2018, mostram a identificação de 16 casos de hepatite B, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,12/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 7,87/100.000 habitantes. Quando se comparam estes dados com os de 2016, verifica-se uma redução do número de casos identificados de VHB e respetivas incidências e prevalências (em 2016, identificaram-se 30 casos de hepatite B em dadores, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,68/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 13,80 /100.000 habitantes).

Segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), os dados da hepatite B referentes a utentes ativos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas, indicam que cerca de 67% fizeram pelo menos um teste de pesquisa de AgHbs em 2017 e 2018, apresentando resultados reativos em 4,43% e 4,35% respetivamente. Estes valores sobem para 5,77% e 5,39%, respetivamente, quando se analisa a população que injeta drogas.

Hepatite C

A hepatite C é um importante problema de saúde pública na Região Europeia da OMS, onde se estimam, aproximadamente, 14 milhões de infeções crónicas por VHC, representando cerca de 20% da carga global da doença devido à infeção. Cerca de 112.500 pessoas morrem a cada ano por cirrose e/ou carcinoma hepatocelular relacionada com a hepatite C⁹.

O ECDC informa no seu relatório que em 2017, foram notificados 31.273 casos de hepatite C por 29 Estados-Membros da UE / EEE, tendo sido 3% classificados como agudos, 22% como crónicos e 75% como desconhecidos, correspondendo a uma taxa bruta de 7,3 casos por 100.000 habitantes. À semelhança da hepatite B, a hepatite C foi mais comumente relatada entre homens, com uma

proporção de 1,6. A faixa etária mais afetada entre os homens foi entre 35 e 44 anos e para as mulheres entre 25 a 34 anos¹⁰.

O modo de transmissão foi relatado em apenas 26% dos casos, sendo o mais comum o consumo de drogas por via injetável (44%).

Em Portugal, durante o ano de 2017 foram notificados 277 casos de infeção por VHC, sendo 151 casos crónicos, 42 agudos e 84 desconhecidos, maioritariamente em pessoas do sexo masculino. Cerca de 60,6% dos casos verificaram-se em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos. A informação sobre a forma provável de transmissão é conhecida em 63% e, na sua larga maioria, associada a exposição não ocupacional a sangue ou materiais contaminados (71%).

Em 2018, foram notificados 269 casos de infeção por VHC, sendo 148 casos crónicos, 11 agudos e 110 desconhecidos. À semelhança do ano transato, a maioria dos casos verificou-se em pessoas do sexo masculino e com idades entre os 40 e 59 anos (62,4%). A forma provável de transmissão é conhecida em 65% dos casos e, de novo, maioritariamente associada a exposição não ocupacional a sangue ou materiais contaminados (85%).

A informação sobre os óbitos associados à hepatite C dá conta de 16 e 9 óbitos, respetivamente em 2017 e 2018, maioritariamente em pessoas do sexo masculino (75% e 66%, respetivamente). Uma vez mais, enfatiza-se que estes números estarão por certo subdimensionados, pelos motivos anteriormente assinalados.

Desde a implementação do Portal da Hepatite C da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e até 30 de junho de 2019, cerca de 25.000 pessoas já foram assinaladas como vivendo com infeção crónica por VHC¹¹.

Este registo veio, em certa medida, revelar a dimensão da subnotificação existente no país. De facto, comparativamente aos dados existentes no Portal da Hepatite C do Infarmed, onde o número de pedidos de terapêutica atinge os 25.000 doentes, o número de casos notificados de 2015 a 2018 é de 774. Embora estes números se refiram a intervalos temporais distintos, a diferença é suficientemente ilustrativa da dimensão da subnotificação. Importa sensibilizar todos os profissionais de saúde para a obrigatoriedade da notificação e para a sua importância, enquanto base do conhecimento epidemiológico tão necessário nesta área, e fundamental no apoio à definição de estratégias futuras.

No último Inquérito Serológico Nacional 2015-2016 — Infeções Sexualmente Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, foi realizado um estudo com o objetivo específico de estimar a prevalência de seropositividade para VHC na população residente em território nacional, com idade igual ou superior a 18 anos e que desconhecia ter doença hepática crónica. Os resultados encontrados revelaram uma seroprevalência para o VHC de 0,3% (IC95%: 0,1 a 0,6), ponderada para a população residente no continente e ilhas. A exclusão de pessoas com doença hepática, por aplicação dos critérios anteriormente definidos para o referido inquérito, pode ter trazido um viés com impacto nos resultados obtidos, e a prevalência estimada corresponder à verificada em indivíduos que desconhecem a sua situação relativamente à infeção por VHC. Muito embora a amostra seja representativa da população portuguesa, acresce o facto de que, certas populações habitualmente mais atingidas pela doença estão sub-representadas nestes estudos (exemplo dos utilizadores de substâncias intravenosas)¹².

Num outro estudo, realizado para se estimar a seroprevalência para o VHC e para o AgHbs na população portuguesa, o valor encontrado foi de 0,54% (IC95%: 0,2–0,9), com 0,12% (IC95%: 0,0–0,3) a apresentarem virémia¹³.

Os dadores de sangue são, em teoria, um proxy da população saudável e sem comportamentos de risco para agentes transmissíveis pelo sangue. Nos últimos 3 anos, de acordo com os dados do Relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância de 2017, a prevalência de VHC nos dadores foi de 0,01%, valor inferior aos estimados nos referidos estudos. As diferenças encontradas poder-se-ão explicar pelo viés decorrente da avaliação de potenciais dadores que exclui pessoas com suspeita de doença e pessoas com comportamentos de risco¹⁴.

Os dados disponibilizados pelo IPST, referentes a 2018, mostram a identificação de 9 casos de hepatite C, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,68/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 4,43/100.000 habitantes. Quando se comparam estes dados com os de 2016, verifica-se uma redução do número de casos identificados de VHC e respetivas incidências e prevalências (em 2016, identificaram-se 22 casos de hepatite C em dadores, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,14/100.000 habitantes e uma taxa de prevalência de 10,12 /100.000 habitantes).

De acordo com a informação constante na plataforma de registo dos doentes em hemodiálise, os dados referentes a 2018 revelam a existência de 2,99% de pessoas que apresentam anticorpos VHC.

Segundo o SICAD, os dados da hepatite C referentes a utentes ativos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas, indicam que cerca de 59% apresentam anticorpos para o VHC, valor que aumenta para 88% quando se analisa a população injetora.

Hepatite D

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

Hepatite E

O vírus da hepatite E (VHE) é transmitido principalmente pela via fecal-oral, em particular através do consumo de água contaminada, mormente a transmissão também possa ocorrer através do consumo de marisco ou carne mal cozinhada ou produtos de carne derivados de animais infetados, da transfusão de sangue e seus derivados ou por via vertical.

Por regra, a infeção é autolimitada e há uma evolução favorável em 2 a 6 semanas. Ocasionalmente, casos de hepatite fulminante ou evolução para cronicidade podem acontecer, particularmente se houver por parte do indivíduo outras comorbilidades. Tal como as restantes hepatites virais, embora a expressão clínica da doença seja mais frequente a nível hepático, o atingimento de outros órgãos e sistemas está descrito, com particular expressão das manifestações neurológicas.

A OMS estima que, anualmente, existam 20 milhões de infeções por VHE em todo o mundo, levando a cerca de 3,3 milhões de casos sintomáticos de hepatite E, sendo responsável por aproximadamente 44.000 mortes em 2015 (o que representa 3,3% da mortalidade por hepatite viral)¹⁵.

Inicialmente pensava-se que os casos de hepatite E se limitavam a determinadas regiões geográficas, mas o conhecimento atual permite-nos afirmar que o VHE é endémico mesmo em países industrializados, assistindo-se a um aumento do número de casos autóctones nesses países, sendo uma infeção zoonótica na larga maioria das situações¹⁶.

Em 2017 e 2018, de acordo com os dados do SINAVE, foram notificados, respetivamente, 16 e 15 casos confirmados de hepatite E em Portugal. Os casos notificados desde 2015 são pouco expressivos (2015 – 1 caso; 2016 – 2 casos), pelo que quando comparados com os dados mais recentes, parece existir uma tendência de aumento do número de casos, pese embora essa informação deva ser analisada de forma cautelosa, dado que a informação compilada através do SINAVE poderá ser influenciada por vários fatores. No caso específico das hepatites virais, a implementação da notificação eletrónica e a adoção das novas definições de caso de doença aprovadas no Despacho n.º 5681-A/2014, de 21 de abril, podem justificar o aparente crescimento do número de casos de hepatite E notificados. Contudo, esta doença deve merecer a nossa atenção, por forma a se gerar conhecimento sobre a mesma e ter uma noção cada vez mais concreta da realidade epidemiológica no país.

3. Atividades | 2017 – 2018

O Programa Nacional para as Hepatites Virais assume uma visão coincidente com a da OMS para a Região Europa, prevendo interromper a transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal, e eliminá-las até 2030 enquanto problema de saúde pública. Para alcançar este desiderato é preciso intensificar a resposta nacional, apostando em estratégias robustas de prevenção, rastreio, diagnóstico, referência, ligação aos cuidados de saúde e tratamento, baseadas e sustentadas no melhor conhecimento científico disponível.

3.1. Prevenção

3.1.1 Vacinação hepatite B

A vacinação contra a hepatite B é a forma mais efetiva de prevenir a doença, sendo segura e com uma eficácia de 95 a 99%. Em Portugal, a vacina está integrada no Programa Nacional de Vacinação desde 1994, inicialmente destinada a jovens entre os 11 e 13 anos, desde 2000, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a todas as crianças recém-nascidas, com o esquema de administração de 3 doses: a primeira logo após o nascimento ainda na maternidade/hospital, a segunda aos 2 meses de idade e a terceira aos 6 meses de idade. Em 2018, a vacina contra a hepatite B atingiu, aos 12 meses, a cobertura de 98%.

3.1.2. Distribuição de preservativos e Programa Troca de Seringas

As infeções por VHB e VHC podem ser prevenidas através da utilização correta do preservativo, masculino ou feminino, em todas as relações sexuais. Em 2018, foram distribuídos cerca de cinco milhões de preservativos, à semelhança do que se tem verificado desde 2015.

O consumo de drogas por via injetável continua a ser um fator importante de vulnerabilidade para a aquisição de infeções transmitidas por via sanguínea, o que torna as pessoas que utilizam drogas por via injetável particularmente vulneráveis a essas infeções, justificando uma forte aposta na prevenção e na redução de risco e minimização de danos associados a este tipo de comportamento. A partilha de seringas, agulhas e outros equipamentos utilizados no consumo injetável constitui uma das principais vias de transmissão de infeções como as hepatites B e C e VIH.

Neste sentido, os programas de substituição opiácea e o Programa Troca de Seringas “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” mantêm a sua atualidade e utilidade, como estratégias robustas de prevenção da transmissão dessas infeções. Se em relação à infeção por VIH os dados da vigilância epidemiológica apontam para mínimos históricos de novos casos de infeção nesse grupo populacional, o mesmo não se poderá dizer relativamente às infeções por vírus das hepatites virais. Em comparação com a infeção por VIH, a infeção por VHC é caracterizada por concentrações muito elevadas de vírus no sangue, não só durante a fase aguda da infeção, mas também na doença crónica, o que conduz a elevadas taxas de transmissão de VHC. Daí que a prevalência da hepatite C normalmente seja superior à do VIH.

Este é claramente um grupo prioritário na resposta nacional à infeção por VHC, justificando estratégias específicas e adaptadas às suas características.

O Programa Troca de Seringas (PTS), que em 2018 assinalou 25 anos em Portugal, distribuiu mais de cinquenta e sete milhões de seringas e mais de trinta milhões de preservativos, ao longo da sua

existência. Em 2018 foram distribuídos 1.300.134 seringas e 724.453 preservativos masculinos, através deste programa.

3.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

Com vista à interrupção das cadeias de transmissão de VHB e VHC, é preciso apostar no trabalho mais próximo das populações vulneráveis procurando disponibilizar o rastreio precoce das pessoas com infeções não diagnosticadas, ligando-as depois aos cuidados de saúde adequados. Assim, aumentar a cobertura e a aceitação de testes, especialmente para aqueles em situação de maior risco, deve ser um elemento fundamental de qualquer estratégia para eliminar as infeções por VHB e VHC.

Portugal implementou em 2014 a estratégia do rastreio das populações vulneráveis, com recurso ao teste rápido de VHB e VHC, através das intervenções de proximidade das organizações da sociedade civil, designadamente as organizações não-governamentais e de base comunitária, assim como as associações de e para doentes.

Através dos projetos financiados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de Setembro, e da Portaria n.º 258/2013, de 13 de agosto, foi possível assegurar o rastreio das infeções por VHB e VHC em contexto comunitário, em todas as cinco regiões de Portugal Continental. Assim, em 2018, foram reportados por 12 organizações não-governamentais, através de 14 projetos, 5.192 testes rápidos de VHB tendo sido 88 reativos e 6.854 testes de VHC com 99 resultados reativos, correspondendo a uma proporção de 1% e 1,44%, respetivamente. Os testes abrangeram maioritariamente populações consideradas em situação de maior vulnerabilidade, como sejam pessoas que utilizam drogas por via injetável, populações migrantes, trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens e populações transgénero.

Com a publicação do Despacho n.º 2522/2018 de 12 de março que autorizou a realização de testes rápidos de VIH, VHB e VHC nas farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, e posterior publicação de duas circulares normativas conjuntas DGS/ACSS/SPMS/INSA/INFARMED, de 30 de abril de 2018 e 24 de agosto de 2018, ficou estabelecido o normativo técnico e organizacional relativo à realização dos referidos testes.

O início da realização de testes rápidos de VIH e VHC nas farmácias comunitárias ocorreu em outubro de 2017 e foi integrado na iniciativa “Fast Track Cities, Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH” em Cascais, assinalado através de cerimónia oficial presidida pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e que contou com a presença do Diretor Executivo Adjunto da ONUSIDA. A 31 de dezembro, mais de 20 farmácias aderentes tinham realizado 145 testes de VHC, tendo sido identificados 2 resultados reativos (1,38%).

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários realizaram-se 199.038 testes de pesquisa de AgHBs e 134.191 testes de pesquisa de anticorpos anti-VHC. Ao nível dos Cuidados Hospitalares, realizaram-se 145.362 testes de pesquisa de AgHBs e 213.170 testes de pesquisa de anticorpos anti-VHC.

Portugal aderiu, à semelhança de anos anteriores e desde a sua primeira edição, às duas edições da Semana Europeia do Teste de VIH e Hepatites Virais 2018, que decorreram em maio e novembro. Participaram nestas iniciativas mais de 700 organizações, governamentais, não-governamentais, de base comunitária, instituições de saúde, etc, em toda a Europa e Ásia Central. Durante essa semana, procura-se consciencializar mais pessoas para a importância de conhecerem atempadamente o seu estatuto serológico para o VIH e hepatites B e C, e aumentar o diagnóstico precoce através da realização de rastreios.

3.3. Acesso ao melhor tratamento da hepatite C de acordo com as Normas de Orientação Clínica

O Programa Nacional para as Hepatites Virais definiu como objetivo garantir que 100% dos doentes elegíveis para tratamento da hepatite C o iniciam e o fazem de acordo com a Norma de Orientação Clínica n.º 028/2017, de 28/12/2017 “Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto”. Os dados mais recentes informam que, desde 2015, ano em que Portugal tomou a decisão de tratar com Antivirais de Ação Direta (AAD) todas as pessoas infetadas por VHC, já foram autorizados 24.934 tratamentos, dos quais 23.111 já foram iniciados e 18.751 finalizados. Quando se restringe a análise ao universo de indivíduos que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (n= 14.182) verifica-se que 13.683 estão curados (96,5%) contra 501 doentes não curados (3,5%)¹¹.

Já a avaliação pelo grau de fibrose mostra que 45% apresentava uma fibrose avançada prévia ao tratamento (17% F3 e 28% F4), valor inferior ao obtido em avaliações prévias, o que poderá indiciar que se está a ser mais eficiente no diagnóstico e ligação aos cuidados de saúde daqueles que vivem com VHC. Ainda assim convém reforçar que esta população necessitará de seguimento médico regular mesmo que se obtenha a cura da hepatite, circunstância não necessária para os 55% de pessoas que são tratadas e curadas com graus de fibrose F0 a F2. Assim, e também por esta razão, os investimentos em termos de diagnóstico são absolutamente cruciais na eliminação desta doença."

O valor cumulativo até 30 de junho do corrente ano dos tratamentos não iniciados é de 1.823. Este número de tratamentos autorizados e não iniciados poderá ser justificado, na sua grande maioria (cerca de 80%), por situações de tratamentos autorizados e já efetivamente iniciados (nalguns casos, poderão mesmo já estar concluídos), mas em que ainda não se procedeu à atualização da informação no Portal da Hepatite C do INFARMED. Por outro lado, alguns doentes cujo tratamento já tinha sido autorizado abandonaram o seguimento mesmo antes de o iniciar, não tendo, da mesma forma, essa situação sido regularizada no Portal. Uma percentagem reduzida deste número pode ainda estar associada a doentes que, após ter sido autorizado o tratamento, se optou por não o fazer, devido a situações do foro clínico, e em que mais uma vez não se solicitou o cancelamento do mesmo no Portal. Finalmente, há que contabilizar igualmente os casos em que a pedido do doente, o início do tratamento é protelado.

O tempo médio para autorização do tratamento era, a 30 junho, de 26 dias e o tempo médio para início de tratamento de 72 dias. Convém salientar que, nos casos de retratamentos, o tempo médio para autorização é maior tendo em conta que alguns medicamentos carecem de Autorização de Utilização Excecional (AUE).

No primeiro semestre do corrente ano já foram autorizados 1987 tratamentos tendo já sido iniciados 1.504.

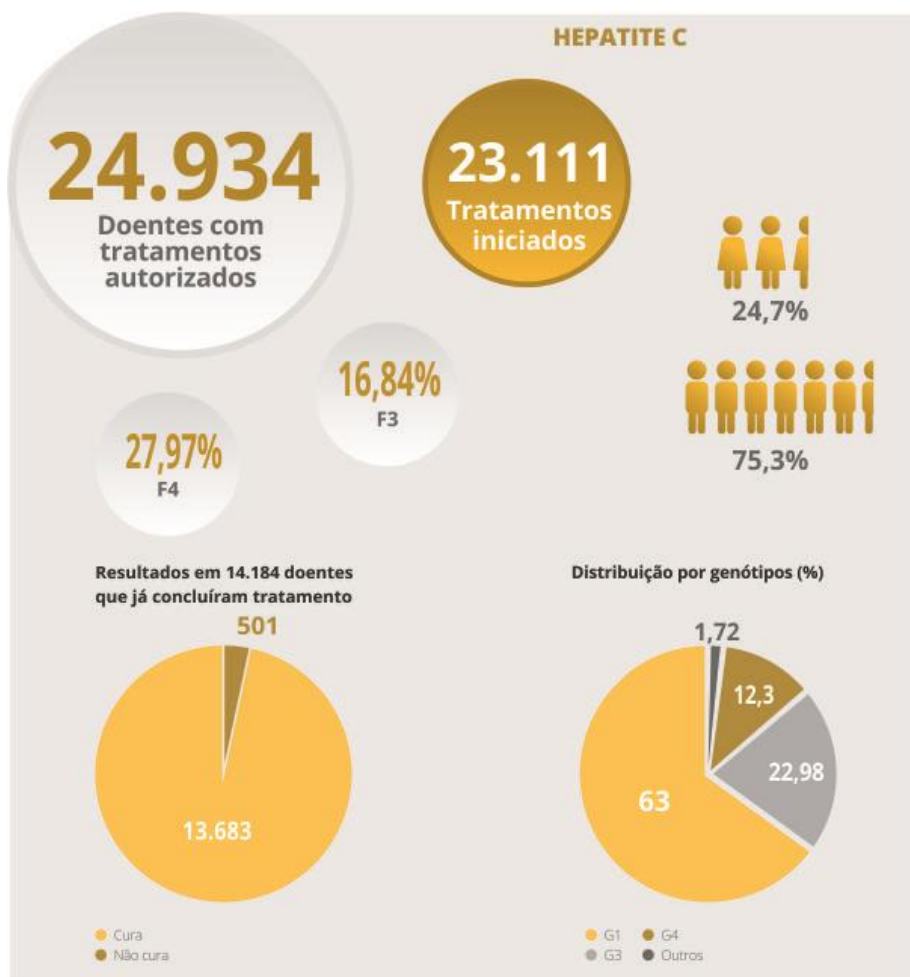
Sob o mote «Eliminar a Hepatite C nos Estabelecimentos Prisionais até 2020», foi publicado o Despacho n.º 283/2018 de 5 de janeiro dos Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que estabelece a rede para a prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS, no âmbito das infeções por VIH, VHB e VHC, para a população reclusa. Na sequência desta publicação, em 16 de julho de 2018, foram estabelecidos, entre a Direção-Geral de Reinserção e dos Serviços Prisionais (DGRSP), em representação de 44 estabelecimentos prisionais e 28 instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os protocolos no âmbito do tratamento dessas infeções, sustentados num modelo de prevenção, diagnóstico e tratamento da

população reclusa que preconiza a deslocação dos profissionais de saúde do hospital aos estabelecimentos prisionais por forma a prestarem os cuidados de saúde.

Desde a data da assinatura dos protocolos até 30 de junho do corrente ano, encontravam-se efetivamente implementados em 34 dos estabelecimentos prisionais, o que significa que os reclusos passaram a receber os cuidados de saúde nessas áreas em contexto prisional. Num dos estabelecimentos prisionais, dado ao reduzido número de reclusos que vivem com infeções por VIH, VHB e VHC, não se justifica a deslocação dos profissionais de saúde ao estabelecimento prisional, sendo que o acompanhamento médico desses reclusos se mantém em contexto hospitalar sem qualquer constrangimento. Nos restantes 10 estabelecimentos prisionais, estão a ser desencadeados os procedimentos necessários à implementação do protocolo, sendo que a principal questão que se encontra por resolver prende-se com os sistemas informáticos de registo. No entanto, os reclusos desses estabelecimentos prisionais, infetados com VIH, VHB e/ou VHC continuam a beneficiar dos cuidados de saúde necessários, em contexto hospitalar.

Os dados informam ainda que, no âmbito dos referidos protocolos implementados, já foi abrangido um total de 283 reclusos que vivem com VIH e 511 infetados com VHC.

Figura 1 - Caracterização dos doentes tratados para hepatite C



Fonte: Portal da hepatite C, INFARMED, 30 de junho de 2019

4. Roteiro de ação | 2019 - 2020

Para o biênio 2019 – 2020, o Programa Nacional para as Hepatites Virais define como prioritárias as seguintes áreas:

Conhecimento da prevalência das hepatites B e C na população portuguesa

Tendo em atenção o propósito de eliminar as hepatites virais em Portugal até 2030, é fundamental ter um conhecimento válido e atualizado da situação destas infeções em Portugal. Várias têm sido as estimativas do número de pessoas infetadas com hepatites B e C em Portugal, muito díspares entre si, o que pode fragilizar o planeamento da resposta nacional a essas infeções.

Para um planeamento adequado da nossa intervenção e com vista a avaliar as estratégias e medidas implementadas, precisamos de conhecer melhor a sua magnitude e tendências na população geral e em populações específicas.

Neste sentido, será fundamental estimar a prevalência das hepatites B e C em Portugal. Em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge pretende-se desenvolver um estudo de prevalência que garanta a evidência epidemiológica basal necessária à tomada de decisões relativamente a políticas e estratégias a implementar.

Manter o enfoque nos programas de prevenção, rastreio e referenciação das hepatites B e C

Os programas de vacinação contra a hepatite B assim como os programas de distribuição gratuita de preservativos e de materiais para consumo de drogas por via injetável são poderosas ferramentas de prevenção que devem ser mantidas e até melhoradas com vista a garantir o acesso e a cobertura universal destas medidas.

A aposta no rastreio destas infeções, quer em contextos formais de saúde quer em respostas de proximidade junto das comunidades de pessoas mais vulneráveis, continua a ser uma prioridade do Programa Nacional, numa perspetiva de diagnosticar precocemente as infeções, não perder oportunidades e garantir a adequada referenciação das pessoas infetadas.

O apoio às organizações não-governamentais é fundamental para garantir que as respostas certas cheguem a quem mais delas precisa.

Monitorização do tratamento da hepatite C

Portugal tem conseguido resultados extraordinários no que ao tratamento da hepatite C diz respeito. Tratamos cada vez mais pessoas, com taxas de cura superiores a 96%, e especial atenção tem sido dada às populações com elevadas prevalências de infeção, como sejam a população reclusa e as pessoas que utilizam drogas por via injetável. Contudo, é necessário melhorar os sistemas de informação que nos permitam monitorizar os dados do tratamento.

Em estreita colaboração com o INFARMED, a DGRSP, os Hospitais e as organizações da sociedade civil, será dado especial enfoque à melhoria do conhecimento sobre as pessoas infectadas com hepatite C tratadas.

Micro-eliminação da hepatite C em populações específicas

A infecção por vírus da hepatite C apresenta prevalências elevadas em grupos populacionais específicos, normalmente aqueles com menor acesso aos cuidados de saúde. O tratamento está disponível em meio hospitalar, pelo que o acesso ao mesmo implica a deslocação aos hospitais e a adesão aos regimes terapêuticos. Em populações como os reclusos e as pessoas que utilizam drogas, a questão da acessibilidade coloca-se, por razões diferentes, pelo que a taxa de cura nessas populações pode ficar comprometida devido a condicionantes sociais, aos quais precisamos responder recorrendo a novos modelos de prestação de cuidados de saúde, promovendo a deslocalização da prestação dos cuidados de saúde para os contextos de vida dessas populações.

Se em relação à população reclusa isto já é uma realidade, através da implementação dos protocolos entre a DGRSP e os hospitais do SNS que garantem que os profissionais de saúde se desloquem aos estabelecimentos prisionais, já para a população que utiliza drogas será preciso promover iniciativas semelhantes, nomeadamente através do trabalho das organizações de base comunitária, dado que a generalidade dos casos de pessoas que utilizam drogas se encontram na comunidade. O trabalho de articulação entre essas organizações e os cuidados hospitalares com vista a levar o tratamento da hepatite C para junto destas populações, através das respostas comunitárias implementadas, conciliando os programas de redução de riscos e minimização de danos, poderá aumentar as taxas de cura nestas populações, existindo já diversos projetos a nível nacional com resultados muito satisfatórios, e muito gratificantes para todos os envolvidos. A partir da experiência destes projetos pretende-se desenhar e implementar uma estratégia a nível nacional, sustentada em termos da sua continuidade futura.

Estudo de impacto financeiro e dos ganhos em saúde do acesso universal ao tratamento da hepatite C através de Antivirais de Ação Direta

Volvidos quatro anos desde a decisão de tratar com AAD todas as pessoas infectadas por VHC, pretende-se realizar novo estudo sobre o impacto financeiro e os ganhos em saúde desta estratégia, à semelhança do que foi efetuado em 2016¹⁷. Avaliar-se, sob diversas dimensões, o impacto das decisões é cada vez mais um imperativo que deve estar presente por forma a se avaliar as decisões tomadas.

5. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177>
2. Programa Nacional de Vacinação 2017 , da Direção-Geral da Saúde
3. World Health Organization Global hepatitis report. Geneva: World Health Organization, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>.
4. <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex-men-2>
5. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017.
6. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/377251/fact-sheet-hepatitis-beng.pdf?ua=1
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Stockholm, June 2019
8. Vacinação contra hepatite B (VHB) - Circular normativa no 15/DT de 15/10/2001, da Direção-Geral da Saúde
9. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/377253/fact-sheet-hepatitis-c-eng.pdf?ua=1
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Stockholm, March 2019
11. <http://hepc.infarmed.pt/Login.aspx>
12. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Lisboa: INSA IP; 2017.
13. Hepatitis B and C prevalence in Portugal: disparity between the general population and high-risk groups. Carvalhana SC, Leitão J, Alves AC, Bourbon M, Cortez-Pinto H. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 Jun;28(6):640-4. doi:0.1097/MEG.0000000000000608.
14. Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. Relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância 2017.
15. A systematic review on hepatitis E virus globally. WHO, 2014.
16. The global burden of hepatitis E virus genotypes 1 and 2 in 2005. Rein DB¹, Stevens GA, Theaker J, Wittenborn JS, Wiersma ST. *Hepatology*. 2012 Apr;55(4):988-97. doi: 10.1002/hep.25505.
17. Portal da Hepatite C, Infarmed, 19 julho 2017; Martins J, Rodrigues J, Paula Martins A, Andreozzi V, Vandewalle B, Félix J, Castro Alves E, Mota-Filipe H. Long-Term Effect of the Portuguese Universal Access Program to New Generation Direct-Acting Antivirals for Treatment of Hepatitis C. EASL 2016, Barcelona, Poster #SAT-178.



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt