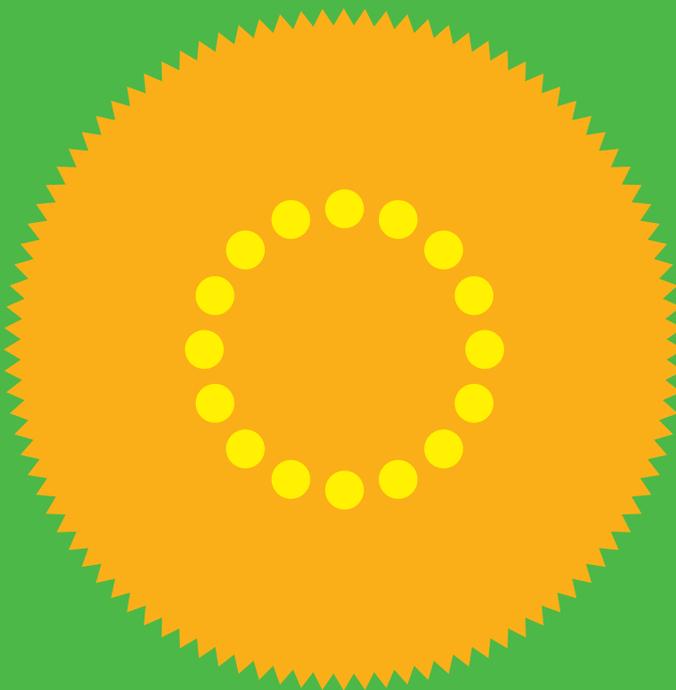


Guia sobre Hepatite C para as pessoas que vivem com o VIH Junho 2011

GAT

Grupo Português de Activistas
sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Pedro Santos



www.i-base.info
www.gatportugal.org

O GAT agradece a revisão científica do
Prof. Rui Tato Marinho e da **Dr.^a Paula Peixe**

Tradução: Mariela Kumpera

Revisão: Ana Pisco e Rosa Freitas

Adaptação: Maria José Campos,
Marco Pina e Silva e Luís Mendão

Coordenação: Maria José Campos

Autores: Simon Collins e Tracy Swan

Ilustração: Beth Higgins e Simon Grindrod

Perguntas iniciais

Como lidar com um novo diagnóstico

Tratamento para o VHC

Viver com a co-infecção

Importante: A informação contida neste guia não substitui a informação proporcionada pelo médico ou por outros técnicos de saúde. As decisões relacionadas com o tratamento devem ser sempre tomadas em conjunto com o médico.

A informação sobre o tratamento do VIH fica rapidamente desactualizada, por isso verificar sempre a data de edição da brochura e se há uma edição mais actualizada. Encoraja-se fazer cópias do guia sem fim lucrativo ou pedir cópias adicionais gratuitas.

Índice

Introdução	3
Perguntas iniciais	4
Transmissão do VHC	11
VIH, VHC e sexo	14
História da infecção pelo VHC	17
Novas co-infecções VIH/VHC	24
Co-infecção a longo prazo	28
Testes e monitorização laboratorial	32
Gerir o tratamento da Hepatite C	44
Efeitos indesejáveis e estratégias para os superar	55
Decidir tratar o VHC	63
Investigação sobre novos medicamentos para o VHC	68
Viver com a co-infecção: reduzir o stress e outros factores relacionados com o estilo de vida	70
Outras hepatites virais	76
Aspectos controversos da transmissão da Hepatite C	77
VIH e VHC: semelhanças e diferenças	80
Glossário	82
Testemunhos	85

Esta publicação é uma adaptação profunda da brochura escrita e compilada por Simon Collins (HIV i -Base) e Tracy Swan (Treatment Action Group, USA). Foram ainda incluídos contributos e comentários editoriais de Sanjay Bhagani, Polly Clayden, Marc Ennals, Ramon Espacio, Loon Gangte,

Charles Gore, Camilla Graham, Mauro Guarinieri, Marianna Iwulska, Robert James, Maxime Journiac, Svilen Konov, Luís Mendão, Sílvia Petretti, David Pieper, Jack Summerside, Joan Tallada, Carmen Tarrades and Kate Thomson. Os desenhos são de No Days Off, Assistente de desenho Simon Hughes.

Introdução

Esta é a segunda publicação do GAT sobre tratamento da co-infecção pelo VIH e pelo vírus da hepatite C (VHC) para pessoas que vivem com o VIH e com o VHC.

O diagnóstico de dupla infecção pode aumentar a ansiedade e o stress emocional. Esperamos que as informações contidas neste guia possam ajudar a que as pessoas se sintam mais capacitadas para as escolhas relacionadas com o tratamento.

Dado que algumas das vias pelas quais se pode contrair tanto o VIH como o VHC são semelhantes, a co-infecção não é rara. Nalguns países, a co-infecção pelo VIH e pelo VHC é mais comum do que a infecção apenas pelo VIH.

Este guia foi escrito numa óptica positiva, na sua maior parte, por pessoas infectadas pelo VIH, pelo VHC ou co-infectadas.

Algumas pessoas infectadas pelo VHC há 20 anos ou mais e optam por não fazer tratamento. Outras foram infectadas recentemente. Outras, ainda, são seropositivas para o VIH há muitos anos e decidiram iniciar o tratamento para o VHC precocemente.

Isto ajuda a mostrar que uma abordagem individual é essencial na escolha dos cuidados de saúde. Na versão impressa há apenas curtas citações pessoais, a versão online, em inglês, é mais detalhada.

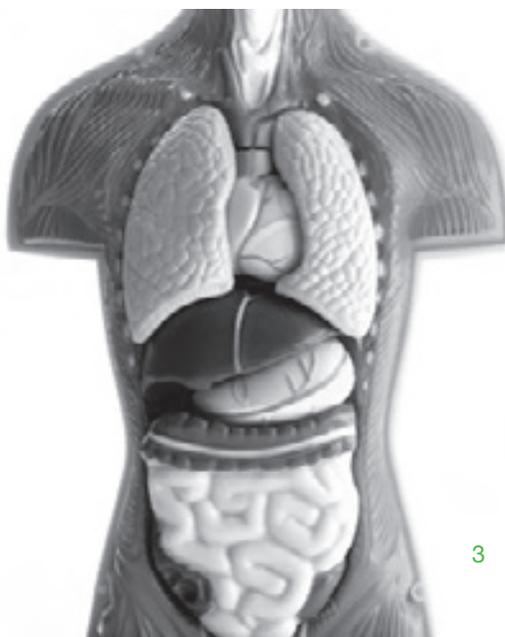
www.i-base.infi/guides/hepc/stories

Incluímos também referências a outras fontes de informação e organizações de apoio.

Por último, há uma curta secção sobre alguns aspectos actualmente controversos relativos a cuidados médicos.

Os conhecimentos sobre este assunto vão sofrendo alterações à medida que os resultados da investigação vão estando disponíveis. É importante verificar se existem actualizações a este texto, sobretudo a partir do final de 2010.

Esta brochura está também disponível em Espanhol, Inglês, Italiano e Russo.



Perguntas iniciais

Algumas das perguntas desta secção serão desenvolvidas com maior detalhe posteriormente. Contudo, parece-nos útil responder de imediato a algumas perguntas.

O que é a hepatite C?

A hepatite C é uma doença do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (VHC). O vírus encontra-se, principalmente, no sangue e nas células do fígado, onde pode provocar danos. O VHC pode causar inflamação do fígado e, num estadio mais grave, cirrose. Esta progressão pode reduzir a capacidade do fígado para efectuar algumas funções essenciais. No entanto, os danos no fígado provocados pelo VHC surgem geralmente após vários anos de infecção.

Como se transmite o VHC?

O VHC transmite-se pelo sangue, ou seja, se o sangue de uma pessoa infectada pelo VHC entrar na corrente sanguínea de outra pessoa.

Os factores de risco mais comuns incluem:

- injeção de drogas com material não esterilizado (incluindo colheres e filtros), e possivelmente, mas com menor risco, ao inalar (“snifar”) drogas partilhando tubos, palhinhas ou notas;
- tatuagens e *piercings* com agulhas ou tinta não esterilizadas;

- ter recebido, em Portugal e noutros países, uma transfusão de sangue ou produtos derivados do sangue antes de 1992;
- sexo desprotegido com alguém infectado pelo VHC.

Como no caso do VIH, saber que se está infectado pelo VHC pode contribuir para reduzir o risco, pela modificação de comportamentos das pessoas infectadas. No entanto, muitas pessoas nunca saberão como é que se infectaram com este vírus, especialmente se já têm hepatite C há muitos anos.

Qual é a gravidade da infecção pelo VHC?

Contrariamente ao VIH, o VHC pode ser curado (erradicado). Se tal acontecer naturalmente através da resposta do sistema imunitário ou pelo tratamento, o VHC, a longo prazo, pode não causar qualquer efeito grave sobre a saúde.

Segundo alguns autores, cerca de 45% das pessoas que se infectaram com o VHC e, embora menos, as pessoas co-infectadas (VIH/VHC) eliminam o VHC sem tratamento nos primeiros meses da infecção.

Diz-se que a hepatite é crónica quando o vírus não foi eliminado nos primeiros seis meses da infecção. Esta situação pode implicar diferentes evoluções.

Algumas pessoas nunca irão desenvolver danos significativos no fígado, outras apenas uma ligeira fibrose e 20 a 30%

evoluem para cirrose.

Numa percentagem ainda menor, o VHC pode provocar hepatocarcinoma (cancro do fígado) e falência hepática, podendo ser necessário um transplante. Tal situação ocorre geralmente após vários anos de infecção.

Dado que os danos hepáticos causados pelo VHC, regra geral, progridem muito lentamente, há tempo para decidir sobre a abordagem ao tratamento.

Nas pessoas seropositivas para o VIH, o VHC progride mais rapidamente e o tratamento tem menos sucesso, em comparação com as pessoas infectadas apenas pelo VHC.

A infecção pelo VHC agrava a infecção pelo VIH ou torna o tratamento mais complicado?

Geralmente, a co-infecção VIH/VHC complica ambas as doenças.

O VIH acelera a progressão do VHC, embora não se saiba porque é que isto acontece.

Ainda não se sabe se o VHC interfere, ou não, no curso da infecção pelo VIH. Alguns estudos relataram que as células CD4 de pessoas com ambas as infecções não respondem tão bem ao tratamento para o VIH. No entanto, factores concomitantes como o uso continuado de drogas, acesso limitado aos cuidados de saúde, falta de alojamento e alimentação desadequada tornam difícil identificar as verdadeiras causas deste facto.

Há algumas interacções entre os medicamentos para o VHC e os medicamentos anti-retrovirais que se devem evitar.

Felizmente, embora as taxas de resposta sejam variáveis, a maioria das pessoas que vivem com esta co-infecção podem ser tratadas quer para o VIH, quer para a Hepatite C.

As pessoas co-infectadas estão expostas a um risco mais elevado de doença hepática, devido também aos

medicamentos para o VIH. No entanto, os benefícios do tratamento para o VIH compensam os riscos de efeitos secundários hepáticos adicionais. Isto porque um sistema imunitário mais forte diminui a velocidade da progressão da doença hepática provocada pelo VHC.

Qual a taxa da co-infecção VIH/VHC?

Em Portugal, estima-se que cerca de 25 a 40% das pessoas seropositivas para o VIH estão também infectadas com o vírus da hepatite C (não há dados fiáveis).

Estimam-se em 150.000 os portadores de VHC¹.

No mundo inteiro, cerca de 4 a 5 milhões de pessoas vivem com o VIH e o VHC. As taxas de co-infecção variam entre 5% no Reino Unido e quase 50% em Espanha e Itália.

Nos Estados Unidos, mais de 1 milhão de pessoas são seropositivas para o VIH e 25 a 30% destas estão co-infectadas pelo VHC.

A nível mundial, a maioria das novas infecções pelo VIH ocorrem por transmissão sexual, mas o uso de drogas injectáveis é a causa principal da disseminação da epidemia na Europa de Leste e Ásia Central, sendo também alta no Sul da Europa.

A co-infecção é comum entre os utilizadores de drogas injectáveis (UDIs), sobretudo nos países onde o acesso a

seringas e/ou tratamento de substituição com metadona, buprenorfina ou heroína é limitado ou inexistente.

É provável que as pessoas que se infectaram com o VHC e o VIH através da partilha do material de injeção tenham sido, em primeiro lugar, infectadas pelo VHC, visto este ser mais infeccioso.

O que é que se deve fazer após o diagnóstico de infecção pelo VHC?

Após o diagnóstico da infecção pelo VHC e antes de tomar decisões é importante procurar mais informações, uma das razões pelas quais publicamos este guia.

Podem obter-se informações através do médico, de amigos, de grupos de apoio e outras fontes, incluindo a Internet.

Tal como para o VIH, o conhecimento da infecção pelo VHC pode afectar:

- I) A saúde da pessoa interessada. Isto inclui a informação sobre a monitorização da progressão da infecção, o tratamento e sobre eventuais alterações nos hábitos quotidianos.
- II) A saúde dos parceiros sexuais ou a saúde das pessoas com quem se partilha o uso de drogas. Isto inclui a informação sobre a transmissão e como minimizar o risco de transmissão de qualquer um dos vírus.

¹ VHC Portugal, Professor Tato Marinho

Este guia abrange ambos os aspectos e inclui uma lista de outras fontes para mais informações.

A quem dizer?

A informação sobre o diagnóstico só diz respeito ao próprio e aos profissionais de saúde. Falar com um amigo, um parceiro ou um familiar de confiança pode ajudar a lidar com esta nova situação, no entanto, cabe a cada um decidir o que fazer.

O médico pode apenas informar outros profissionais envolvidos directamente nos cuidados de saúde. Há tempo para decidir a quem se quer comunicar este diagnóstico.

Diagnóstico recente de infecção pelo VHC

Quando uma pessoa seropositiva para o VIH é diagnosticada com o VHC, o choque de ter uma segunda infecção é grande. A força que ajudou a lidar com o diagnóstico para o VIH tem de ser utilizada de novo.

É importante ter um médico com experiência na área do VIH e da hepatite C que se responsabilize pelo tratamento de ambas as doenças.

“Após 6 anos a viver com o VIH, erroneamente pensava ter sobrevivido ao pior e que nada mais me poderia afectar.”

“Descobri que tinha VHC por acidente, após ter participado como voluntário num ensaio clínico no meu hospital, que estudava se o interferão peguilado poderia ser útil para as pessoas que esgotaram as opções dos anti-retrovirais. Não posso dizer que fiquei surpreendido (presumia que o fosse por ter usado drogas no passado) mas, na verdade, nunca pensei sobre o assunto, porque achava que estaria morto quando a infecção pelo VHC começasse a dar problemas.”

“Para mim, foi muito importante ser tratado ao mesmo tempo para o VIH e para o VHC por estarem relacionados... o seu progresso está relacionado... um especialista em doenças hepáticas pode não estar plenamente preparado para lidar com alguém que vive com o duplo estigma destas doenças... e não compreende algumas das implicações sociais e psicológicas.”

Diagnóstico recente do VIH e VHC

Quando se é diagnosticado para o VIH e o VHC ao mesmo tempo é um duplo golpe. Se ambas as infeções são recentes, pode ser mais difícil lidar com o diagnóstico da infeção pelo VIH e é recomendável aproveitar os serviços de apoio disponíveis.

É importante lembrar que, quer o VIH quer o VHC são tratáveis em quase metade dos doentes, inclusive nas pessoas seropositivas. É importante ter presente que a investigação sobre o VIH e o VHC muito provavelmente resultará em novos medicamentos para este(s) vírus que poderão ser mais eficazes, mais fáceis de tolerar e com menos reacções adversas.

As pessoas mais próximas estão em risco?

As pessoas que vivem ou trabalham com pessoas infectadas pelo VHC não estão em risco de se infectarem nas actividades do dia-a-dia, a não ser que contactem com sangue infectado pelo VHC. Na prática, isto significa apenas ter cuidado em não partilhar nada que possa conter um pouco de sangue, como escovas de dentes, lâminas de barbear, tesouras para cortar as unhas, limas para as unhas, etc...

Contrariamente ao VIH, o VHC pode sobreviver fora do organismo durante dias a semanas, sendo infeccioso mesmo após o sangue ter secado.

O VHC transmite-se através dos fluidos sexuais?

O risco de transmissão sexual é, em regra, muito baixo para os heterossexuais. No entanto, um aumento recente na transmissão sexual entre homens que têm sexo com homens tornou esta questão mais complicada.

A transmissão sexual entre homossexuais foi relatada sobretudo nos homens seropositivos.

É possível ser-se infectado por outro genótipo do VHC ou VIH?

Estar infectado com um genótipo do VHC não impede a infeção por um outro (ver a informação sobre o genótipo do VHC, na página 34).

O facto de ter eliminado o VHC não impede uma nova infeção.

A reinfeção com uma diferente estirpe de VIH é mais controversa. É certo que acontece, mas é menos comum e geralmente apenas tem implicações graves quando o novo vírus é resistente ao tratamento do VIH. No entanto, isto já foi relatado e continua a ser investigado.

E em relação aos outros tipos de hepatite?

A palavra hepatite significa apenas inflamação do fígado. Outras infeções virais, o consumo elevado de álcool, substâncias químicas ou certas medicações podem causar hepatite.

Há vários vírus da hepatite, cada um designado por uma letra do alfabeto. Antes de ser identificada, em 1989, a hepatite C era designada como “hepatite não-A, não-B”.

Hepatite A e B

Após o diagnóstico do VHC é importante verificar que se está protegido contra a hepatite A e B.

Um outro vírus de hepatite iria complicar ainda mais o estado de saúde. É importante considerar a vacina contra a hepatite A (VHA) e a hepatite B (VHB), a não ser que já se esteja imunizado.

Em Portugal, essas vacinas não são gratuitas fora do Programa Nacional de Vacinação.

O preço da vacina para a hepatite A é de cerca de 28,00€ cada administração (duas administrações) e o preço da vacina para a hepatite B é de cerca de 19,00€ cada administração (são necessárias 3).

É possível fazer a administração da vacina para o VHA e VHB na mesma toma pois existem vacinas para os 2 vírus em associação.

Mais informações sobre outros tipos de hepatites na página 76.

Sobre as vacinas da hepatite A e B

As vacinas geram uma resposta imunitária. A eficácia da vacina para o VHA e o VHB depende da contagem das células CD4. Quanto mais elevada é a contagem, maior a probabilidade de a vacina ser eficaz.

Se a contagem de células CD4 é baixa e se existe um baixo risco de contrair VHA e VHB, pode ser recomendável começar o tratamento para o VIH e fazer a vacina quando o sistema imunitário estiver mais forte. Pode também usar-se uma dose mais elevada de vacina para ter maior probabilidade de sucesso.

Não existe nenhuma vacina contra a hepatite C.

Todas as pessoas que vivem com VIH devem estar vacinadas contra a hepatite A e B.

A resposta imunitária destas vacinas deve ser analisada anualmente e reforçada quando necessária.

Transmissão do VHC

Como se transmite e como não se transmite

O VHC transmite-se sobretudo quando o sangue infectado entra directamente na corrente sanguínea. A saliva e as lágrimas não são infecciosas. O esperma e os fluidos genitais podem ser infecciosos.

Como para o VIH, a hepatite C não se transmite através do toque, beijo, abraço ou partilha de talheres ou louça.

Contrariamente ao VIH, que morre em poucos minutos fora do organismo, o vírus da hepatite C sobrevive durante vários dias como vírus infeccioso no sangue seco. É por esta razão que não se devem partilhar objectos que possam ter vestígios, mesmo pequeníssimos, de sangue.

O VHC pode ser transmitido através:

- da partilha de material de injeção no uso de drogas ou, em menor risco, da partilha de material para inalar ou “snifar”;
- de tatuagens ou *piercings*, quando se usam agulhas ou tinta não esterilizadas;
- de intervenções médicas ou dentárias com material não esterilizado, incluindo a diálise do rim (raro);
- de acidentes com agulhas nos trabalhadores dos cuidados de saúde;

- da partilha de objectos que possam conter sangue, tais como lâminas de barbear, escovas de dentes, tesouras ou limas para unhas;
- de relações sexuais não protegidas com alguém que tem VHC.

A hepatite C pode ser transmitida verticalmente (de mãe para filho) durante a gravidez ou durante o trabalho de parto.

As pessoas que receberam uma transfusão de sangue ou produtos sanguíneos antes de o sangue ser cuidadosamente testado (início dos anos ‘90), podem ter sido infectadas com VHC. Desde então, o risco foi praticamente reduzido a zero na União Europeia.

No entanto, cerca de 90% dos hemofílicos que foram tratados com factores de coagulação antes do teste ser introduzido, foram infectados pelo VIH e VHC.

Nalguns países, as infecções por transfusão de sangue continuam a ocorrer porque este não é cuidadosamente testado.

Uso de drogas injectáveis e VHC

No mundo, a maioria das infecções pelo VHC está relacionada com o uso de drogas injectáveis, através da partilha de agulhas e outro material para injeção.

O vírus da hepatite C é um vírus mais resistente e mais pequeno que o VIH. Pode sobreviver numa seringa durante vários dias ou semanas e pode ser transmitido também através de outros materiais de injeção, tais como: caricas ou colheres, algodão, água e seringas. Limpar a seringa com lixívia (que já não é recomendado pela OMS como medida de prevenção) reduz o risco de transmissão do VIH, mas é ainda menos eficaz contra o VHC. Utilizar seringas limpas e o seu próprio material cada vez que se injecta, impede a transmissão e/ou reinfeção quer do VIH, quer do VHC.

Estas medidas reduzem também o risco de outras infecções.

VHC e utilização de outras drogas (não-injectáveis)

A hepatite C é mais comum entre os utilizadores de drogas não-injectáveis do que na população em geral. A infecção pode ser transmitida através da partilha das palhinhas ou notas para “snifar” drogas e, talvez, através dos cachimbos para fumar crack. Partilhar estes objectos é desaconselhado.

“A transmissão do VIH e da hepatite C é diferente, sobretudo no que diz respeito ao uso de drogas injectáveis... porque a hepatite C não é apenas transmitida partilhando uma agulha, mas qualquer utensílio de injeção, o VHC é muito mais infeccioso do que o VIH. Portanto, conheço muitas pessoas que estão a tomar exactamente as mesmas medidas para prevenir a transmissão de ambas as infecções, mas sabemos que isso não é suficiente para prevenir a infecção pelo VHC.

Por vezes, as pessoas tomam decisões baseadas em informação insuficiente relativamente à prevenção e ao tratamento do VHC.

Também me preocupo em relação à partilha de notas enroladas quando “snifo” coca – mas isso não me impede de o fazer ou de partilhar com os meus amigos. Suponho que isto se deve ao facto de os indivíduos aceitarem correr um risco e partilhá-lo, achando-o aceitável... esses riscos parecem aceitáveis na maior parte do tempo, mas nem sempre.”

VIH, VHC e sexo

Transmissão do VIH

No mundo, a maioria das novas infecções pelo VIH ocorre por transmissão sexual.

O modo como o VIH se transmite é bem conhecido.

O VIH está presente no sangue, no esperma, nos fluidos genitais e no leite materno.

O risco da transmissão sexual é extremamente reduzido quando se utiliza correctamente o preservativo.

Diferentes tipos de relações sexuais comportam riscos diferentes: por exemplo, as carícias corporais e a masturbação mútua podem considerar-se sem risco; o sexo oral apresenta um risco baixo e o sexo anal e vaginal sem preservativo um risco elevado. Uma carga viral elevada no parceiro seropositivo aumenta o risco de transmissão em cada uma destas situações e uma carga viral mais baixa ou indetectável reduz a possibilidade de infecção pelo VIH.

A existência de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) incluindo herpes, gonorreia e sífilis aumenta o risco de transmissão do VIH. Nestas situações, a quantidade de VIH nos fluidos genitais é maior e tornam o parceiro seropositivo mais infeccioso. Uma IST num parceiro seronegativo torna-o mais vulnerável à infecção pelo VIH.

Estas informações são importantes quando se fala do VHC.

Transmissão do VHC

O risco de transmissão do VHC é muito baixo em casais monogâmicos seronegativos para o VIH mas, no caso de um dos parceiros estar infectado pelo VHC, o risco é mais elevado entre homens que têm sexo com homens seropositivos. O mecanismo envolvido na transmissão sexual do VHC entre homens seropositivos que têm sexo com homens não está completamente esclarecido.

O VHC é transmitido principalmente quando o sangue infectado de uma pessoa entra no organismo de outra pessoa. Embora o VHC tenha sido encontrado no esperma e nos fluidos vaginais não há certezas sobre a sua infecciosidade.

O risco de infecção através das relações sexuais aumenta quando estas envolvem exposição ao sangue. Isto inclui relações mais prolongadas e mais enérgicas, sexo anal, *fisting*, sexo com uma mulher menstruada e sexo em grupo. Os preservativos e as luvas de látex diminuem os riscos.

Na co-infecção VIH/VHC, a transmissão sexual do VHC é diferente nos casais homossexuais e nos casais heterossexuais.

Transmissão heterossexual do VHC

O risco de transmissão sexual do VHC em pessoas seronegativas é muito baixo. Num estudo com quase 900 casais heterossexuais monogâmicos, não foi relatada qualquer infecção pelo VHC num período superior a dez anos. A percentagem de risco de infecção é geralmente inferior a 1%. Outros estudos apontam para valores mais altos na ordem de 2-3%.

Estes casais não usavam preservativos, mas também não praticavam sexo anal ou sexo durante a menstruação. O mecanismo para essa protecção é provavelmente a reduzida exposição ao contacto de sangue com sangue, mas isto não está plenamente esclarecido.

Transmissão sexual do VHC em homens que têm sexo com homens seropositivos para o VIH

A partir de 2003, no Reino Unido, surgiram relatos de transmissão sexual do VHC em homossexuais seropositivos para o VIH.

Uma relação semelhante entre a transmissão sexual do VHC e os homossexuais infectados pelo VIH foi referenciada em algumas outras cidades europeias e nos EUA.

O VIH é claramente um factor importante porque, pelo menos até agora, não estão a ser relatados com tanta frequência novos casos de VHC por transmissão sexual em homens seronegativos que têm sexo com homens.

Outros riscos para homens que têm sexo com homens incluem:

- sexo anal desprotegido (sem preservativo);
- práticas sexuais susceptíveis de causarem feridas, incluindo *fisting*, relações sexuais muito prolongadas e partilha de brinquedos sexuais;
- sexo em grupo;
- uso de certas drogas recreativas;
- e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Metanfetaminas (*crystal meth*), *ecstasy*, cocaína e a infecção pelo VHC

Embora as relações sexuais pareçam ser a fonte da infecção entre os homens seropositivos que têm sexo com homens, o uso de drogas não injectáveis pode aumentar o risco.

Isso inclui “drogas recreativas” como a metanfetamina (*crystal meth*), a cocaína e o *ecstasy*. A injeção de *crystal* comporta o mesmo risco elevado que a injeção de qualquer outra droga.

Transmissão vertical do VHC (mãe-filho)

A transmissão mãe-filho do VHC pode ocorrer durante a gravidez ou no parto. Esse risco é três a quatro vezes superior se a mãe é co-infectada VIH/VHC.

O tratamento para o VIH reduz drasticamente o risco de transmissão do VIH de mãe para filho, independentemente do estado da mãe para a hepatite C, e pode também baixar o risco (2-3%) de transmissão do VHC.

No entanto, durante a gravidez não é possível efectuar o tratamento para o VHC. Isto porque um dos medicamentos para o VHC (ribavirina) provoca malformações no feto e o outro (interferão peguilado) pode causar danos a nível cerebral e no sistema nervoso nas crianças com menos de dois anos. Um parto planeado por cesariana diminui o risco de transmissão vertical do VHC nas mães seropositivas para o VIH, mas não está indicado no caso de mães mono-infectadas por VHC.

As linhas de orientação terapêutica do Reino Unido (British HIV Association) recomendam, actualmente, o parto por cesariana nas mães co-infectadas pelo VIH/VHC.

Para mais informações sobre gravidez e VIH consultar o guia “VIH, gravidez e saúde da mulher”, das publicações GAT.

“Precisamos de muito mais informação e investigação sobre a transmissão mãe-filho e a transmissão em geral.”

“Uma amiga co-infectada teve recentemente uma criança e teve de fazer um parto por cesariana por causa do VHC (embora a sua carga viral do VIH fosse indetectável e a contagem de células CD4 elevada, o que lhe permitia ter tido um parto vaginal).”

“Uma coisa que me perturba é que até na comunidade das pessoas com VIH se discrimina os utilizadores de drogas... ideias preconcebidas vêm muitas vezes de outras mulheres seropositivas em relação às utilizadoras de droga.

Sobretudo se querem ter filhos... É o mesmo com alguns médicos... e às vezes não nos dão a informação de que precisamos...”

História da infecção pelo VHC

Funções do fígado

Embora a hepatite C afecte outras partes do corpo, o órgão mais afectado é o fígado.

O fígado é um órgão essencial que tem inúmeras funções, incluindo:

- filtragem de químicos e produtos residuais do sangue;
- armazenamento de vitaminas, minerais e ferro;
- transformação dos nutrientes dos alimentos em energia;
- auxílio no equilíbrio dos níveis de açúcar e de hormonas;
- produção de colesterol;
- produção de bÍlis (necessária para a digestão);
- criação da hormona **trombopoietina** que ajuda a produzir plaquetas, importantes para a coagulação.

De que modo o VHC danifica o fígado?

A hepatite C não danifica directamente o fígado.

Após a infecção, o sistema imunitário reage à hepatite C tentando livrar-se das células infectadas. É esta resposta imunitária que causa a inflamação do fígado e provoca a formação de cicatrizes ou fibrose. Enquanto o sistema imunitário tenta isolar as células infectadas, a fibrose agrava-se.

À medida que a fibrose aumenta, o fígado endurece e torna-se menos elástico. Isto faz com que o sangue e os fluidos passem com maior dificuldade através deste importante órgão.

Embora o fígado possa funcionar mesmo quando já está gravemente danificado, o efeito contínuo da hepatite C pode interferir progressivamente com as suas funções.

As complicações surgem quando o fígado não consegue levar a cabo funções importantes.

Estas complicações podem incluir: fígado gordo (esteatose), icterícia (olhos amarelos), ascite (barriga de água), encefalopatia (alterações mentais, como por exemplo, confusão mental, desorientação), hipertensão portal, manifestada por varizes no esófago que podem romper e estar na causa de vómitos com sangue, cancro no fígado, doença da tiróide, diabetes, perda de apetite e de peso resultantes de má nutrição.

História natural da infecção pelo VHC

Infecção aguda

A infecção aguda refere-se aos primeiros seis meses após a transmissão do VHC.

A menos que apresente sintomas (80% das pessoas não tem sintomas), o VHC é raramente diagnosticado durante a infecção aguda. Os sintomas, quando ocorrem, incluem febre, fadiga, dor abdominal, náuseas, vômitos, urina escura e icterícia (pele e olhos amarelos).

No entanto, dado que o tratamento para o VIH inclui provas da função do fígado, níveis mais elevados das enzimas do fígado ajudam a diagnosticar a infecção aguda do VHC em pessoas seropositivas.

Nos primeiros meses, após a infecção pelo VHC, algumas pessoas eliminam o vírus naturalmente sem tratamento. Tal ocorre entre 14% e 45% dos casos, mas apenas em 5% nas pessoas com co-infecção VIH/VHC e ainda menor nas pessoas com infecção VIH e baixa contagem das células CD4 (de acordo com o *Clinics of liver disease, de Agosto 2008 – HIV infection adversely affects every aspect of the natural history of chronic HCV*) e designa-se por “eliminação espontânea”, sendo mais comum nas seguintes situações:

- Caso tenha tido sintomas durante a infecção aguda do VHC;
- Ser do sexo feminino;
- Idade inferior aos 40 anos.

As pessoas seropositivas para o VIH têm menos probabilidades de eliminar espontaneamente o VHC. As pessoas de origem africana têm menos probabilidades de eliminar este vírus do que os caucasianos. As razões para estas diferenças não estão esclarecidas.

As pessoas que eliminam o vírus sem tratamento deixam de estar infectadas com o vírus da hepatite C. O teste de pesquisa de anticorpos pode ser positivo, mas o vírus não é detectável no sangue.

Se o vírus não é eliminado espontaneamente, algumas pessoas podem iniciar o tratamento para o VHC durante a infecção aguda. Isto porque a taxa de sucesso é mais elevada nesta fase. É importante discutir com o médico os riscos e os benefícios de tratar a hepatite C aguda.

Infecção crónica

Fala-se de infecção crónica a partir dos 6 meses de infecção.

Nas pessoas seronegativas para o VIH, o VHC progride muito lentamente, geralmente durante décadas e a evolução da hepatite crónica é muito variável. O VHC pode afectar outras partes do corpo. No que se refere às pessoas seropositivas para o VIH, há estudos que demonstram uma progressão mais rápida.

Independentemente do tempo, algumas pessoas nunca irão apresentar lesões ou sintomas hepáticos, enquanto outras podem desenvolver uma fibrose ligeira a moderada e sofrer de sintomas como fadiga, depressão ou confusão mental.

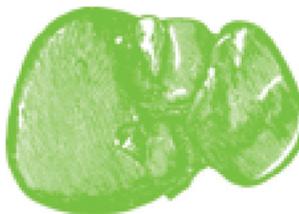
Parece não haver nenhuma relação evidente entre o nível da doença hepática e o aparecimento de sintomas.

A hepatite C pode contribuir para a acumulação de gordura nas células hepáticas, a que se chama esteatose (ou fígado gordo). Esta situação agrava os danos no fígado e dificulta o tratamento da infecção pelo VHC.

O fígado gordo é mais comum nas pessoas infectadas com o genótipo 3 do vírus. Na infecção pelo genótipo 1, o fígado gordo ocorre com mais probabilidade entre as pessoas com excesso de peso, com resistência à insulina ou diabetes, que abusam do álcool e que têm inflamação hepática.

Nas pessoas com co-infecção VIH/VHC, a esteatose indica a existência de gordura nas células do fígado e pode agravar a fibrose e dificultar o tratamento do VHC. Está relacionada com vários factores, incluindo o uso de alguns medicamentos para o VIH (sobretudo d4T- Zerit® e ddi- Videx®), baixos níveis de HDL (colesterol “bom”), excesso de peso e lipodistrofia.

Cerca de 20-30% das pessoas com infecção pelo VHC não tratada e crónica irão progredir para cirrose (graves cicatrizes hepáticas). Mesmo nesta situação, o fígado pode funcionar e diz-se que a cirrose está compensada. Quando o fígado está demasiado danificado para funcionar adequadamente denomina-se “fígado descompensado” ou diz-se que a pessoa está em “estadio final da doença hepática”.



Glossário

Ascite

Acumulação anormal de fluidos no abdómen, sendo um grave sinal de doença hepática.

Cirrose

Desorganização da estrutura do fígado, com intensa fibrose que a médio/longo prazo vai prejudicar muitas das funções vitais do fígado.

Diabetes

Doença relacionada com a incapacidade de regular os níveis do açúcar (glicose) no sangue e, de uma forma geral, no organismo.

Encefalopatia hepática

Função cerebral deteriorada devido a problemas com origem no fígado.

Estadio

Na infecção pelo vírus da hepatite C refere-se ao grau de fibrose.

Fibrose

Cicatrizes hepáticas. Podem ser de grau ligeiro, moderado ou intenso no tecido hepático.

Genótipos

Tipos diferentes de vírus da hepatite C.

Gradação

O grau da infecção da hepatite refere-se à quantidade de inflamação do tecido hepático.

Hipertensão portal

Aumento da pressão (hipertensão) no território da veia porta, nomeadamente nos vasos que transportam o sangue ao e no fígado.

Icterícia

Um sintoma comum de hepatite e de outros problemas hepato-biliares que resulta de níveis elevados de bilirrubina, manifestando-se numa cor amarelada na pele e nos olhos.

Varizes

Veias do esófago dilatadas que podem romper, uma complicação da cirrose.

Estadio final da doença hepática

Quando a cirrose compensada progride para cirrose descompensada, pode ser necessário um transplante do fígado. Embora seja uma operação difícil, foram realizados com sucesso transplantes de fígado em pessoas co-infectadas. E é nesta fase de descompensação que surge a ascite, a icterícia, a encefalopatia, a rotura das veias esofágicas, etc.

Todos os anos, 1 a 5% das pessoas com cirrose desenvolvem carcinoma hepatocelular (CHC), que pode ser tratado com sucesso, caso seja diagnosticado precocemente.

Co-infecção hepatite C e VIH

Embora muitas pessoas tenham vivido com VIH e hepatite C durante anos, muitas vezes sem o saberem, o VIH acelera a progressão do VHC. O risco de doença grave do fígado é maior se a contagem das células CD4 for inferior a 200 células/mm³.

Os medicamentos para o VIH permitiram a muitas pessoas viver durante muito mais tempo. Isto significa que as pessoas co-infectadas pelo VHC vivem agora tempo suficiente para que a hepatite se transforme numa preocupação. O estadio final da doença hepática provocado pela co-infecção com hepatite C constitui uma das principais causas de morte entre as pessoas seropositivas, no mundo desenvolvido.

Em Portugal é, a seguir à tuberculose, a segunda causa de morte para as pessoas seropositivas.

No entanto, a hepatite C pode ser tratada e algumas destas mortes devem-se a um diagnóstico tardio da infecção pelo VHC ou ao início do tratamento numa fase avançada, quando já ocorreu um dano grave no fígado.

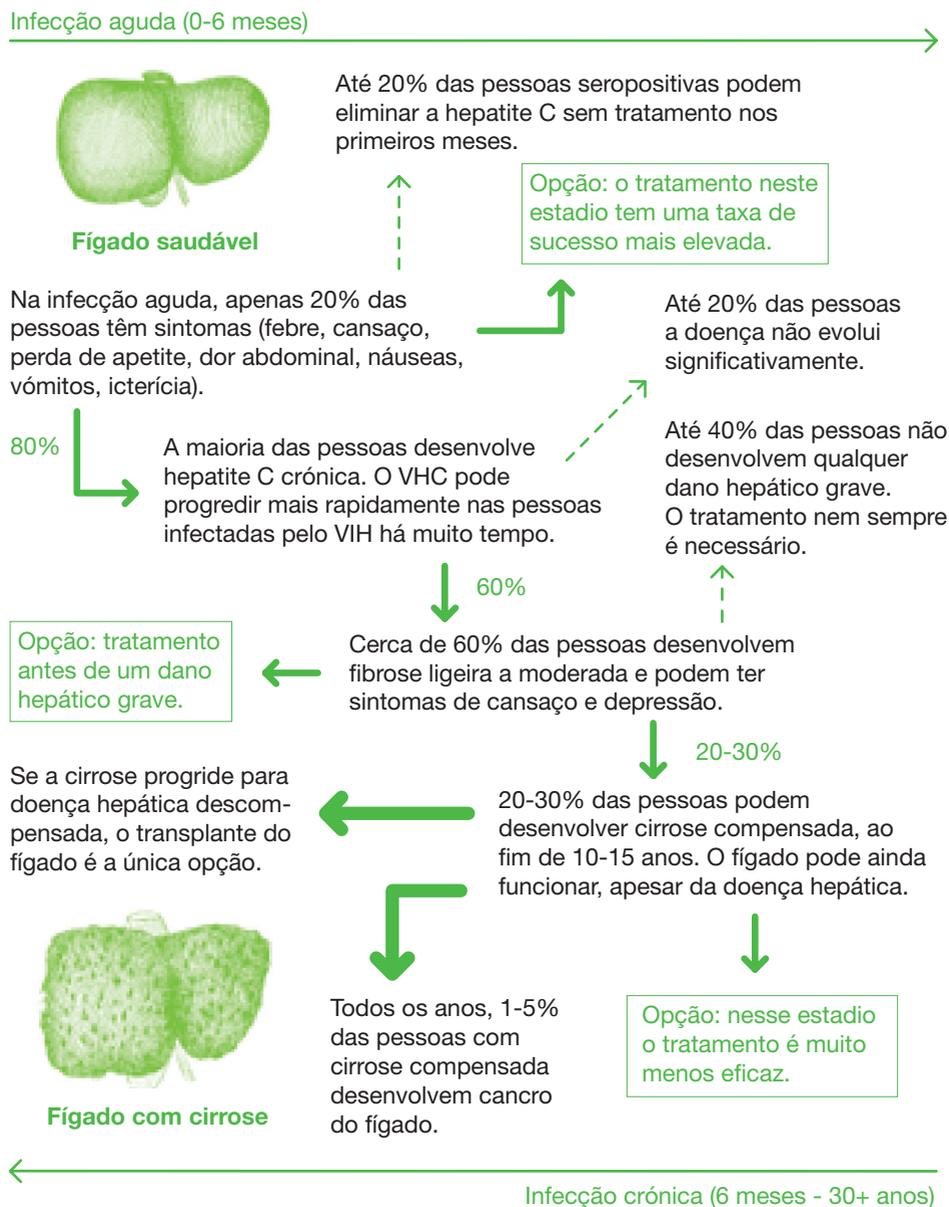
Efeito da hepatite C sobre o VIH

Pensa-se que a hepatite C não agrava o curso da infecção pelo VIH, mas pode complicar o seu tratamento. Isto deve-se principalmente ao facto de o fígado processar a maioria dos medicamentos para o VIH. A infecção pelo VHC pode expor a pessoa a um risco mais grave de efeitos indesejáveis relacionados com o fígado resultantes dos medicamentos para o VIH. Os benefícios do tratamento para o VIH compensam o risco dos efeitos secundários. As doses de alguns medicamentos para o VIH podem ser ajustadas individualmente para as pessoas com doença hepática num estadio avançado, medindo os níveis do medicamento numa amostra de sangue (TDM).

Factores que aceleram a progressão da infecção pelo VHC:

- a co-infecção com VIH;
- a ingestão diária de bebidas alcoólicas em dose superior a 2 a 3 bebidas por dia no homem e 1 a 2 na mulher (respectivamente 24 e 16 gramas), valores de referência da OMS;
- ter mais de 40 anos;
- duração da infecção;
- ter mais de 40 anos quando ocorre a infecção;
- co-infecção com VHB;
- sexo masculino.

Fig. 1: Risco de progressão do VHC em pessoas seropositivas



Como se pode proteger o fígado

Há muitas coisas que se podem fazer para manter o fígado saudável. Isto inclui:

- vacinar-se para a hepatite A e hepatite B, se indicado. Ter uma outra infecção viral no fígado pode agravar a hepatite C;
- beber menos álcool ou parar de beber – quanto menor for a ingestão de álcool, melhor. Por vezes, reduzir o consumo ou aboli-lo é mais importante para o fígado do que tratar o VHC;
- manter o peso normal: ter excesso de peso aumenta o risco do fígado gordo;
- ingerir menos alimentos gordurosos, salgados e com muito açúcar;
- tentar comer mais fruta fresca, legumes, carboidratos complexos (cereais integrais, pão, arroz, massa, cereais, fruta, leguminosas, nozes e sementes), alimentos com pouca gordura e muitas fibras e uma quantidade adequada de proteínas;
- tratar a infecção pelo VHC para reduzir os danos no fígado;
- informar-se e receber apoio. Falar com outras pessoas que vivem com a hepatite C ou co-infectadas VIH/VHC.

Novas co-infecções VIH/VHC

A maioria dos novos casos de infecção aguda pelo VHC em pessoas com VIH, na Europa, é relatada entre homens seropositivos que têm sexo com outros homens.

Nos serviços que tratam pessoas com VIH, em muitos destes casos, o VHC foi detectado apenas porque se verificou na monitorização de rotina, requerida durante o tratamento para o VIH, um aumento nos níveis das enzimas hepáticas.

“Quando fui diagnosticado, estava a sentir-me muito doente há cerca de 6 semanas: estava sempre cansado e tinha dores por todo lado. O meu médico de família falhou o diagnóstico, mas o meu médico do VIH detectou logo. De certo modo foi um alívio, porque finalmente conhecia a causa do meu mal-estar.”

“Foi como receber de novo um diagnóstico do VIH... Isto muda o modo de pensar sobre risco sexual.”

Em outros países, que não em Portugal, fizeram-se várias campanhas de saúde pública dirigidas aos homens que têm sexo com homens.

Para muitas pessoas, a experiência de serem diagnosticadas com VHC, após terem vivido durante muitos anos com o VIH, é muito traumática e a falta de informação sobre os riscos relacionados com a transmissão do VHC não ajuda. Outras pessoas podem subestimar o impacto do VHC por ainda considerarem o VIH mais grave.

É também complicado a nível pessoal, porque muitos destes homens têm revelado o seu estatuto para o VIH e escolhem outros parceiros seropositivos como parte de uma estratégia para lidar de modo responsável com o VIH. Um diagnóstico recente de VHC significa, muitas vezes, contactar antigos parceiros para alertá-los sobre o risco de uma provável infecção pelo VHC.

“A maioria das pessoas gostaria de se proteger a si e aos outros, mas frequentemente não tem informação segura sobre como o fazer.”

...antes da infecção pelo VHC, tinha uma vida sexual razoavelmente activa, sobretudo com outros homens seropositivos. Nestes grupos, a questão da revelação do VIH é simplesmente resolvida pelo facto de todos serem seropositivos. No entanto, como eu não sei exactamente como contraí o VHC, tenho menos certezas sobre como proteger os outros de uma transmissão sexual. Em consequência, a minha vida sexual tem diminuído drasticamente e não vejo nenhum sinal de melhoria.”

“Penso que a revelação num grupo de homens seropositivos seria semelhante à revelação de se ter o VIH a um eventual parceiro sexual seronegativo, e, na verdade, talvez seja mais difícil, pelo desconhecimento que existe sobre as medidas de protecção a tomar.”

A solução de encontrar outros homens numa situação semelhante à minha significa que os meus parceiros sexuais deveriam vir de um grupo ainda mais pequeno do que acontece actualmente.”

A exposição ao VHC é mais provável quando as relações sexuais envolvem um risco mais elevado, são mais traumáticas ou há práticas de *fisting* e é, muitas vezes, ainda mais provável quando são utilizadas drogas recreativas. O VHC é muito infeccioso, podendo ser disseminado mais facilmente durante o sexo em grupo do que o VIH.

Um estudo realizado nos hospitais de Londres e Brighton referiu os seguintes factores de risco para a transmissão sexual do VHC:

- ser seropositivo;
- relação sexual anal desprotegida;
- partilha de brinquedos sexuais;
- sexo mais traumático (mais prolongado ou *fisting*);
- sexo em grupo ou festas sexuais;
- número de parceiros;
- drogas recreativas;
- outras infecções sexualmente transmissíveis (sobretudo sífilis);
- encontrar parceiros *on-line*.

O VIH é o factor-chave nestes casos de transmissão sexual. O facto de se estar infectado com o VIH pode ser responsável por uma carga viral da hepatite C mais elevada no sangue e, possivelmente, no esperma das pessoas com co-infecção VIH/VHC.

Como muitas destas experiências se sobrepõem, há muitas limitações quando se tenta identificar a causa exacta ou a origem da infecção. Num outro estudo,

sugere-se que o risco de transmissão do VHC é seis vezes maior nas pessoas que praticam *fisting*, comparativamente com as que não o praticam.

É também importante lembrar que as pessoas podem infectar-se com o VHC mesmo que não pratiquem *fisting*, não usem drogas recreativas e não participem em sexo de grupo.

“Há tão pouca informação sobre o exacto mecanismo da transmissão sexual do VHC, bem como tão pouca consciencialização entre os homens que praticam sexo com outros homens e tão reduzido o conhecimento sobre o que é sexo mais seguro para o VHC para um homem seropositivo, que muitas pessoas decidem não ter relações sexuais enquanto não eliminam o VHC”.

As respostas a um diagnóstico do VHC são individuais e não são facilitadas pela falta de informação existente sobre a Hepatite C.

“Eu disse imediatamente ao meu parceiro e a dois outros amantes que pensava tê-los posto em risco. Todos fizeram o teste e nenhum estava infectado. Disse também à minha família mais próxima, mas é tudo... Decidi não dizer aos meus parceiros sexuais – muitos homens nem fazem perguntas nem falam sobre o assunto.”

“Não disse a nenhum dos meus amigos, por causa da discriminação, e tinha a esperança de que o tratamento me iria curar e poderia esquecer tudo isto. Como o meu parceiro e os meus amantes não ficaram infectados, decidi que o sexo sem preservativo não representava um risco para a transmissão do VHC.”

O diagnóstico realizado durante a infecção aguda (até 6 meses após a infecção) permite uma maior probabilidade de eliminar o VHC com o tratamento, sobretudo nas infecções mais difíceis de tratar (genótipos 1 e 4). O VHC pode progredir mais rapidamente nas pessoas seropositivas.

A oportunidade de eliminar o VHC e proteger os parceiros sexuais pode ser uma razão importante para iniciar o tratamento.

“Seis meses após o tratamento, sinto que tenho sorte por ter ‘uma resposta virológica mantida’. Tive todos os efeitos indesejáveis durante o tratamento, e foi verdadeiramente o pior período da minha vida, mas valeu a pena.”

A decisão de iniciar o tratamento cedo – devido a taxas de eliminação mais elevadas – deve também ter em conta os efeitos indesejáveis da terapêutica para o VHC.

Algumas pessoas não começam o tratamento cedo porque têm a esperança que surjam medicamentos mais fáceis de tolerar nos próximos 5-10 anos.

“A decisão sobre o tratamento para o VHC foi um processo difícil. Tenho uma relação excelente com o meu médico do VIH, mas havia muita pressão por parte do especialista do VHC para que eu começasse o tratamento cedo.

Por ter perdido a visão num olho por causa do CMV em 1990, consultei também o meu oftalmologista. Disse-me que o tratamento actual para o VHC comporta um risco para uma minoria de pessoas, podendo provocar alterações oculares.”

“Devido a esta informação, na altura, decidi não fazer o tratamento para o VHC. Não queria colocar mais a minha visão em risco.

Eu não bebo, e espero que isto abrande a progressão de qualquer dano no fígado. Daqui a vinte anos, vou estar nos setenta e suspeito que não será o VHC a matar-me. Nos próximos anos, aposto que o tratamento para o VHC será mais fácil.”

A falta de informação sobre o VHC na comunidade dos homens que têm sexo com outros homens, até entre os homens seropositivos, dificulta a gestão de um novo diagnóstico pelo VHC. Algumas pessoas dizem que se sentiram como se estivessem a passar de novo pela experiência de receber o diagnóstico da infecção pelo VIH.

“Foi difícil viver com o VHC. Quando descobri que estava infectado pelo VIH, não disse a quase ninguém. Quando descobri a minha infecção pelo VHC, disse a demasiadas pessoas e estou arrependido porque agora não tenho controlo sobre quem sabe e quem não sabe.”

Mas há muitas maneiras de lidar com um novo diagnóstico de infecção pelo VHC:

“Arrependo-me de não ter confiado no apoio dos meus amigos e, devido a isso, pus uma enorme carga sobre o meu parceiro, que tinha que fazer saltos mortais para ser, ao mesmo tempo, parceiro e o único prestador de cuidados. Sei que não sou um doente fácil.

Penso que não teria conseguido fazer o tratamento se não tivesse o apoio incondicional de alguém que me é totalmente devoto.”

É mais fácil falar de VHC quando se está mais forte ou depois de uma resposta bem sucedida ao tratamento. Como com o VIH, conhecer outras pessoas na mesma situação pode constituir um apoio positivo.

“Ainda não havia nenhum grupo de apoio para as pessoas co-infectadas naquele tempo. Era o único homem seropositivo num grupo de auto-apoio para pessoas com Hepatite C... mas foi incrivelmente útil. Recebi do mesmo modo, quer ajudando outras pessoas, quer recebendo apoio.”

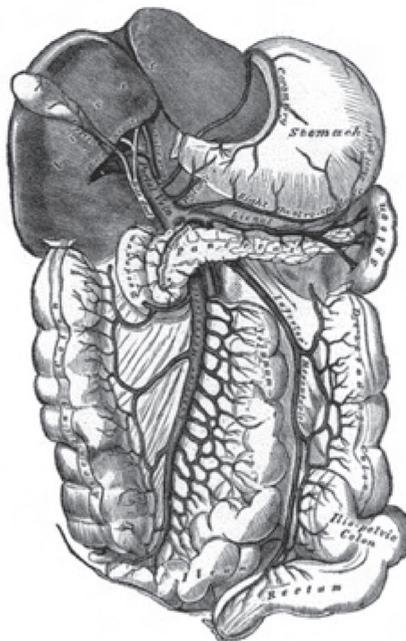
Glossário

Genótipo

Diferentes tipos de vírus da hepatite C.

RVS

“Resposta Viroológica Sustentada” – ter um teste da carga viral negativo para o VHC, seis meses após ter terminado o tratamento para o VHC.



Co-infecção a longo prazo

As pessoas que se infectaram com o VIH, porque foram tratadas com produtos derivados do sangue ou porque partilharam material de injeção no uso de drogas, estão frequentemente co-infectadas pelo VIH/VHC há muitos anos.

Um activista disse:

“Embora tenha sido diagnosticado no início dos anos 80 com hepatite não-A não-B (VHC), aquele diagnóstico era irrelevante em comparação com o VIH. Agora as coisas mudaram: enquanto o VIH é muitas vezes controlado, o VHC tornou-se a principal causa de morte para as pessoas co-infectadas.”

Outros explicam:

“Não me lembro exactamente quando soube que tinha VHC, mas foi mais ou menos um par de anos depois de receber o meu diagnóstico para o VIH, no início de 1987. No que me diz respeito, este diagnóstico passou-me despercebido. O diagnóstico do VIH foi uma experiência devastadora, que trazia profundas transformações à minha vida e quase não registei quando me informaram que tinha VHC.”

“As únicas pessoas a quem falei sobre a doença, eram uns ex-“junkies”, que sabia que também estavam a fazer testes. Embora a minha família e amigos soubessem que eu era seropositivo, não considerei o VHC como uma grande notícia”.

Durante as décadas de 80 e 90, o VIH era a questão de saúde mais importante e o VHC estava apenas como pano de fundo. Agora, os tratamentos para o VIH têm mantido as pessoas vivas durante o tempo suficiente para que se

desenvolvam as complicações relacionadas com o VHC e, actualmente, lidar com a hepatite C é a maior preocupação.

Muitas pessoas têm vivido com a hepatite C durante anos, antes de se tornar disponível um tratamento eficaz. A estratégia era monitorizar e, geralmente, atrasar o tratamento durante o maior tempo possível.

Isto era devido em parte aos efeitos indesejáveis e também porque o tratamento não era tão eficaz nas pessoas seropositivas. Além disso, muitas pessoas optavam por esperar por novos tratamentos.

“Espero que no próximo ano novos medicamentos venham a ser aprovados e sejam mais eficazes. Espero também que o meu fígado aguente até lá.

Não estou nada desejoso de iniciar o tratamento com a terapêutica actualmente disponível, mas vou fazê-lo caso necessário. Estou cheio de medo porque a minha qualidade de vida vai piorar, pelo menos, durante um ano...”

“A monitorização cuidadosa é, de facto, a chave para poder atrasar o tratamento com segurança, sobretudo quando as enzimas hepáticas se mantêm estáveis e os exames mostram pouca fibrose.”

Transmissão do VHC aos parceiros sexuais

O aconselhamento a casais heterossexuais sobre o risco de infecção pelo VHC refere que há pouco ou nenhum risco de transmissão sexual.

“Durante anos, foi-me dito que o risco de transmissão sexual do VHC era muito baixo. De facto, as recomendações para casais heterossexuais em que um é positivo para o VHC, são de não ser obrigatório o uso do preservativo.”

“Desde o diagnóstico do VIH, temos praticado sexo seguro usando preservativos, principalmente devido à questão da reinfeção (sobretudo porque estamos ambos em combinações diferentes). Mas tivemos sexo sem preservativo durante quase três anos e ele não é positivo para o VHC...”

“Mais recentemente, após a minha carga viral do VIH ter estado indetectável durante vários anos, o meu parceiro e eu parámos de usar preservativos, embora, por vezes, estejamos preocupados com o risco potencial da infecção pelo VIH e VHC.”

A decisão de iniciar tratamento para o VHC é muitas vezes diferente quando estamos perante uma mono-infecção ou uma co-infecção VIH/VHC a longo prazo.

O equilíbrio certo entre atrasar o tratamento ou não esperar demasiado tempo é muito difícil, porque a terapêutica é menos eficaz quando existe um grau de fibrose avançado.

O tratamento é difícil porque os efeitos indesejáveis podem provocar cansaço e mal-estar. Isto pode interferir com os compromissos de trabalho e, geralmente, com a qualidade de vida.

O tratamento pode afectar o humor e agravar a depressão. Embora possa ser difícil, recomenda-se eliminar a ingestão de álcool durante o período do tratamento, pois isto aumenta as hipóteses de uma resposta positiva ao tratamento.

Não consumir álcool durante o tratamento é uma excelente ideia, porque pode aumentar a probabilidade de resposta ao tratamento.

As taxas de respostas positivas ao tratamento são mais baixas nas pessoas infectadas com o genótipo 1 ou 4 do VHC.

“Conheço pessoas que se dão muito bem com o tratamento para o VHC, mas de momento, não me sinto suficientemente forte para o começar. O facto de saber que daqui a poucos anos pode haver novos medicamentos, mesmo que sejam associados ao tratamento actual, ajudou-me a tomar a

decisão de optar por realizar, cada 1 a 2 anos um Fibroscan® ou uma biopsia e esperar por uma opção de tratamento melhor”.

Se existe lesão hepática grave é importante iniciar o tratamento.

É fundamental planeá-lo e, com apoio, muitas pessoas conseguem geri-lo bem quando precisam dele. Mais de 90%, se bem acompanhados, finalizam o tratamento.

O acesso ao tratamento também nem sempre é fácil, sobretudo para as pessoas que bebem muito ou estão a usar heroína ou outras drogas (ver Secção “Tratamento VHC e utilizadores de drogas”).

Muitas vezes, é essencial o trabalho em equipa para que os ex e actuais consumidores de drogas percebam e acedam ao tratamento.

“Ter tido a experiência de partilhar com outras pessoas que têm o mesmo tipo de problemas de saúde ajudou-me a tomar decisões informadas. Serviu para saber onde é que a informação estava disponível e perceber coisas que não eram fáceis de entender, porque naquela linguagem há muitos termos específicos...”

O apoio entre pares, por pessoas co-infectadas e consultas de co-infecção, é essencial.”



Testes e monitorização laboratorial

Testes de diagnóstico do VHC

A despistagem do VHC é recomendada, anualmente, para as pessoas seropositivas, sobretudo se diagnosticadas com uma outra IST (infecção sexualmente transmissível) e/ou se são sexualmente activas. É também recomendado quando existem níveis de enzimas hepáticas anormais.

Mesmo após se ter realizado os testes para o VIH e o VHC, é importante perceber de que forma se processa o diagnóstico da infecção pelo VHC.

O diagnóstico da infecção VHC faz-se em duas etapas. Um primeiro teste, serve para detectar anticorpos para o VHC. Se for positivo, significa que a pessoa testada foi infectada, no passado, pelo vírus e que pode ainda estar infectada.

Nas pessoas que eliminaram espontaneamente o vírus, sem tratamento, permanecem anticorpos durante anos. Por outro lado, os resultados do teste aos anticorpos podem ser negativos, mesmo quando uma pessoa tem hepatite crónica. Isso pode ocorrer quando:

- a contagem das células CD4 é baixa (menos de 200 células/mm³), porque o sistema imunitário pode não estar a produzir anticorpos;
- na infecção aguda (primeiros seis meses) do VHC, porque os anticorpos podem demorar seis a vinte e quatro semanas a desenvolverem-se.

Quadro 1: Testes para o VHC e o que significam os resultados para a infecção do VHC

Tipo de teste			
Diagnóstico	Resultado do teste aos anticorpos	ARN-VHC (teste da carga viral)	Alanina aminotransferase (ALT: uma enzima hepática)
Após eliminação da infecção pelo VHC	Positivo	Indetectável em dois testes realizados com pelo menos seis meses de intervalo	Pode ser até 7 (se flutuar ou estiver persistentemente aumentada não se deve ao VHC)
Infecção aguda pelo VHC	Negativo; torna-se positivo entre 6 a 24 semanas	Detectável entre 1 a 2 semanas, geralmente muito elevado	Pode ser 7 a 10 vezes superior ao nível normal
Infecção crónica pelo VHC	Positivo	Detectável	Pode ser persistentemente normal, flutuar ou persistentemente aumentada

Sobre os testes de carga viral para o VHC

Um teste da carga viral do VHC (ARN) confirma ou exclui a infecção crónica. O teste da carga viral procura material genético do VHC, do mesmo modo que o teste à carga viral para o VIH detecta este vírus.

Quando se tem uma carga viral detectável para o VHC, significa que se está actualmente infectado com o VHC. Se a carga viral da hepatite C está indetectável, deve-se realizar um segundo teste após seis meses. Se os resultados dos dois testes consecutivos são indetectáveis, significa que se eliminou/curou o VHC.

Análises de rotina

Se estes testes mostram que se está infectado pelo VHC, o médico deve solicitar um conjunto de outros testes.

Estes incluem um teste de genotipagem do VHC, testes de despistagem das hepatites A e B, hemograma completo (contagem de células sanguíneas) e estudos da coagulação, provas de função hepática (incluindo ALT, AST, albumina e GGT), teste à função da tiróide (TFT), ferro plasmático, auto-anticorpos e ecografia abdominal.

Ver quadro 1.

Carga viral da hepatite C (teste ARN)

O vírus da hepatite replica-se a uma taxa muito superior à do VIH (triliões vs. milhões de cópias por dia), por isso, a carga viral do VHC é muitas vezes elevada.

As pessoas com VIH geralmente têm cargas virais da hepatite C mais elevadas do que as pessoas só com VHC.

Contrariamente ao VIH, a carga viral da hepatite C não está relacionada com o risco de agravamento da doença e não é usada para decidir quando iniciar o tratamento.

Isto pode ser confuso, sobretudo quando se está habituado, no caso da infecção pelo VIH, a utilizar os resultados da carga viral como uma referência importante sobre quando iniciar o tratamento.

O tratamento para o VHC é mais eficaz nas pessoas que iniciam a terapêutica quando a carga viral do VHC é baixa (menos de 400 000/UI), mas a maioria das pessoas já tem cargas virais bem acima deste valor antes do tratamento.

Glossário

Anticorpo

Proteína que faz parte do sistema imunitário e que reconhece uma infecção.

Auto-anticorpo

Anticorpo anormal produzido contra os tecidos do próprio organismo.

Há dois tipos de testes da carga viral:

Teste qualitativo

O teste qualitativo é geralmente utilizado para diagnosticar o VHC e para monitorizar a resposta seis meses após o final do tratamento, visto poder detectar níveis muito baixos de ARN do VHC.

O teste qualitativo mais sensível pode detectar uma carga viral tão baixa como 5 UI/mL (“Unidades Internacionais por mililitro de sangue”).

Através deste teste, o vírus é encontrado ou não, e os resultados são apresentados como detectáveis ou como indetectáveis.

Teste quantitativo

O teste quantitativo mede a quantidade de VHC numa amostra de sangue. Os resultados são apresentados em UI/mL.

O teste quantitativo é geralmente usado para obter o valor de base (antes do tratamento) da carga viral. O teste qualitativo é muitas vezes usado para monitorizar a resposta ao tratamento durante a terapêutica para o VHC.

Genótipo do VHC

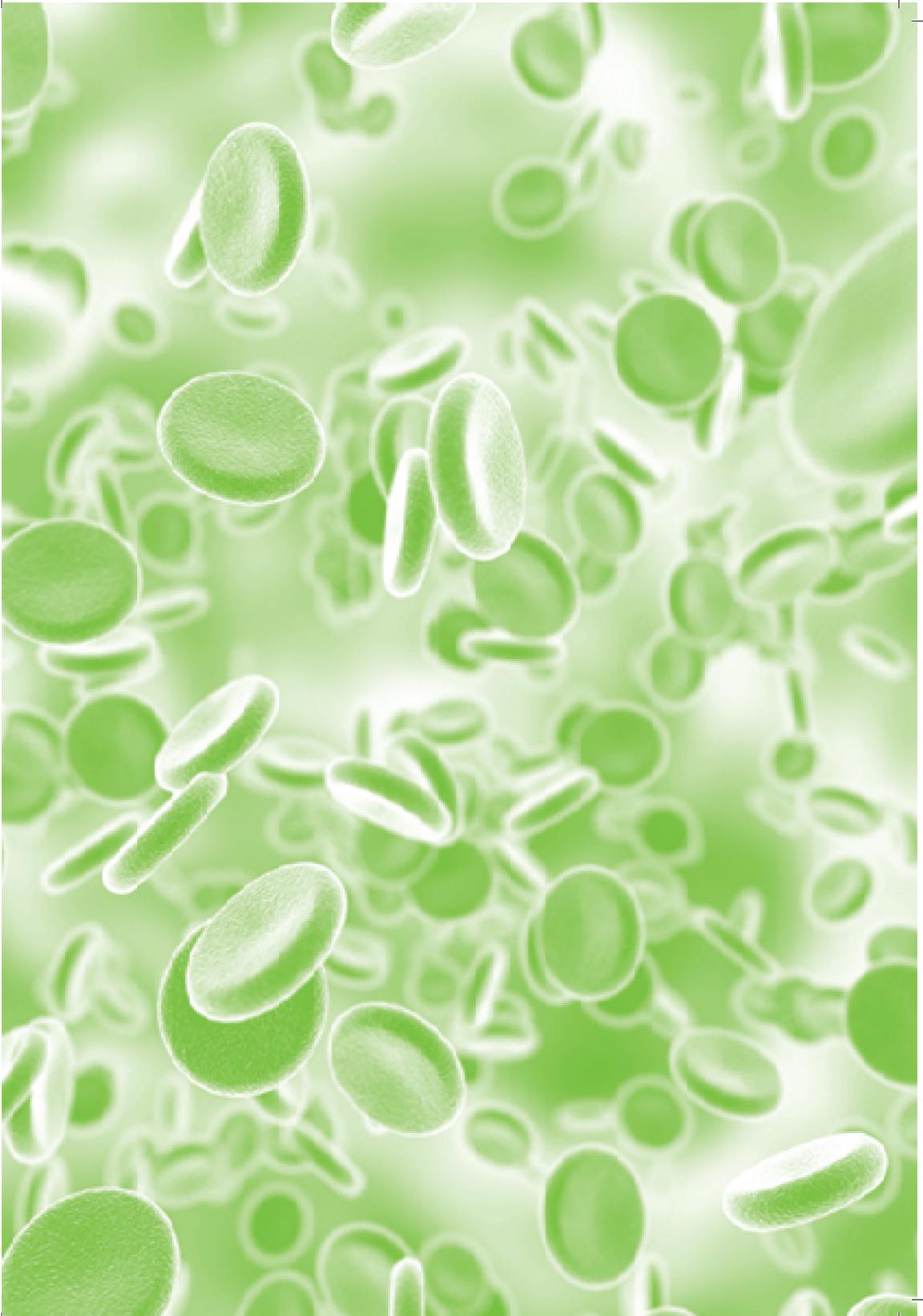
Há pelo menos seis diferentes genótipos de hepatite C. Estão numerados de 1 a 6, pela ordem em que foram descobertos.

Cada genótipo tem variações, designadas por subtipos. Os subtipos são designados por letras pequenas (i.e. a, b, c, etc.). Um genótipo não pode transformar-se num outro genótipo, mas é possível contrair mais do que um genótipo ao mesmo tempo ou reinfectar-se com um genótipo diferente daquele que já se tem. Pode-se também contrair de novo o mesmo genótipo após se ter eliminado com sucesso o vírus com o tratamento.

É essencial conhecer o genótipo para planear o tratamento e a sua duração. Isso é recomendado nas linhas de orientação para o tratamento da co-infecção VIH/VHC.

Quadro 2: Genótipo predominante do VHC por regiões

Região	Genótipo predominante do VHC
Europa, América do Norte, Japão	Genótipo VHC 1a ou 1b
Sudeste Asiático	Genótipo 3
Egipto, Médio Oriente	Genótipo 4
África do Sul	Genótipo 5
Ásia	Genótipo 6



Provas de função hepática: ALT e AST

As enzimas hepáticas são proteínas que têm funções específicas. Algumas destas enzimas entram na corrente sanguínea quando o fígado está danificado.

Vários factores podem provocar o aumento das enzimas hepáticas, nomeadamente os efeitos indesejáveis de medicamentos, produtos naturais, vitaminas e suplementos, exposição a fumos tóxicos, ingestão considerável de álcool, obesidade, uma hepatite, etc.

Muitos medicamentos para o VIH podem provocar o aumento das enzimas hepáticas. Nalguns casos, deve-se interromper ou alterar a medicação.

As pessoas que tomam medicamentos para o VIH (ou qualquer outro medicamento metabolizado pelo fígado) devem realizar, por rotina, provas de função hepática. Isso é particularmente importante quando se está co-infectado (VIH/VHC). Os testes às enzimas hepáticas são designados por provas de função hepática, embora a função hepática não seja medida. As provas de função hepática são a albumina e o tempo de protrombina (TP). Os resultados destes testes têm de ser enquadrados na história clínica.

A alanina aminotransferase (ALT) e a aspartato aminotransferase (AST) são duas enzimas hepáticas importantes.

O fígado produz ALT que auxilia o organismo na produção de sais e aminoácidos (que são usados para fabricar as proteínas). Valores aumentados de ALT geralmente indicam uma inflamação ou outra lesão do fígado. No entanto, a ALT não é um bom marcador para prever a progressão da infecção pelo VHC ou para determinar o grau de dano hepático. Isto deve-se ao facto de os níveis das enzimas hepáticas subirem e descerem regularmente nas pessoas com VHC.

Cerca de um terço das pessoas com infecção crónica pelo VHC têm sempre uma ALT normal, mas algumas têm o fígado gravemente danificado.

Níveis normais das enzimas hepáticas, mesmo quando se mantêm ao longo do tempo, não significam ausência de dano hepático.

A **ALT** deve ser monitorizada por rotina, pois um aumento continuado pode significar agravamento da infecção pelo VHC.

A **AST** é uma outra enzima envolvida na produção de aminoácidos, produzida pelo coração, intestinos e músculos, não sendo um marcador sensível de dano hepático. No entanto, a AST é muitas vezes usada para monitorizar a inflamação e o dano hepático, em combinação com outros testes.

Quadro 3: Quadro para registar os resultados laboratoriais

Nota: Diferentes laboratórios podem utilizar diferentes valores, sendo importante ver os valores de referência do laboratório que realizou as análises.

	Data e resultados laboratoriais					Valores de referência normais (M = mulheres; H = homens)
Contagem células CD4						Medido em células/mm ³ , de 0 até mais de 1600. Quanto mais elevado melhor. Superior a 200 reduz o risco de IOs
Carga viral do VIH						Medida em cópias/ml; de indetectável a mais de 1 milhão (raro)
Carga viral do VHC (ARN)						Medido em UI/mL; de indetectável até 40 milhões. Quando superior a 400.000 as hipóteses de um tratamento bem sucedido são reduzidas
ALT						M: 7-30 unidades/L H: 10-55 unidades/L
AST						M: 9-25 unidades/L H: 10-40 unidades/L
ALP						M: 30-100 unidades/L H: 45-115 unidades/L
Gama GT M						M: mais de 45 U/L H: mais de 65 U/L
Bilirrubina conjugada (directa)						0,0-0,4 mg/dl (US) 0-7 umol/L (unidades do SI)
Bilirrubina (total)						0,0-1,0 mg/dl (US) 0-17 umol/L (unidades do SI)
Albumina						3,1-4,3 g/dl (US) 31-43 g/L (unidades do SI)
TP						Não mais do que 3 segundos de prolongamento em relação ao controlo

Outras enzimas hepáticas: fosfatase alcalina, ALP, GGT, bilirrubina, albumina e tempo de protrombina.

É importante monitorizar a fosfatase alcalina, GGT, bilirrubina, albumina e tempo de protrombina nas pessoas com VHC ou co-infectadas VIH/VHC.

A **fosfatase alcalina** é uma outra enzima que está presente nos tecidos do organismo, incluindo o fígado. Se o nível aumenta, isto pode ser um sinal de doença. Alguns medicamentos, incluindo os inibidores da protease do VIH atazanavir e indinavir, podem provocar o aumento da fosfatase alcalina. Níveis elevados são um sinal de que os canais biliares estão bloqueados por causa de doença hepática.

A **gama-glutamil transferase (GGT)** é uma enzima envolvida no metabolismo produzido nos canais biliares. Qualquer tipo de doença hepática, ingestão pesada de álcool e algumas medicações podem aumentar os níveis da GGT.

A **bilirrubina** é um produto residual proveniente da lise (degradação) dos glóbulos vermelhos. O fígado está envolvido no processamento da bilirrubina. Quando o fígado é danificado, pode ser incapaz de processar a bilirrubina e os níveis totais de bilirrubina aumentam. Icterícia, urina escura e fezes claras são sinais comuns de níveis elevados de bilirrubina. Alguns medicamentos, como o atazanavir e o indinavir, podem provocar um aumento nos níveis da bilirrubina.

A **albumina** é uma proteína fabricada pelo fígado. Transporta medicamentos, hormonas e produtos residuais através do sangue e mantém o nível dos fluidos no organismo. Níveis baixos são um sinal de doença hepática.

O **tempo de protrombina (TP)**: esta análise mede o tempo necessário para que o sangue coagule. Quando o fígado está danificado a sua capacidade para fabricar factores de coagulação é reduzida. Se o TP aumenta, o que se designa por “TP prolongado”, significa que o fígado não está a trabalhar bem.

Rastreio do cancro do fígado em pessoas com cirrose

As pessoas com cirrose por VHC têm um elevado risco de cancro do fígado. Um rastreio regular pode detectar o cancro do fígado num estadio precoce.

Geralmente, o rastreio consiste num exame do fígado através de ecografia ou tomografia computadorizada (TC) e um exame que mede os níveis da alfa feto proteína (α FP, uma proteína fabricada pelo fígado). Recomenda-se o rastreio de seis em seis meses. O mais importante é a ecografia.

Biopsia do fígado

Uma biopsia do fígado consiste na extracção de uma pequena amostra de tecido hepático para ser examinada ao microscópio.

Considera-se que uma biopsia é a melhor maneira para avaliar a doença hepática. Fornece informação sobre o estadio (quantidade de fibrose) e o grau (quantidade de inflamação que pode conduzir a mais fibrose) da doença hepática. Pode também identificar outros factores que provocam a doença hepática.

Durante uma biopsia do fígado, uma agulha especial é inserida entre as costelas até ao fígado. Esta agulha remove uma pequena amostra de tecido hepático.

O procedimento pode ser doloroso e comporta um pequeno risco de complicações (1-3%) como picada de outros órgãos, hemorragia e morte, sendo esta possibilidade muitíssimo rara (0,1% a 0,01%).

A biopsia não é um exame perfeito, podendo ocorrer erros na amostra e na sua avaliação. Os resultados podem ser inexactos quando a amostra é demasiado pequena ou provém de uma área que é mais ou menos danificada do que o resto. As amostras têm também de ser examinadas por um especialista. No entanto, continua a ser o exame que oferece a melhor qualidade.

Glossário

Biopsia

Remoção de uma pequena amostra de tecido com a ajuda de uma agulha especial, para exame laboratorial.

Tomografia computadorizada

Exame médico que produz imagens num computador de secções do interior do organismo.

Tendo em conta que a biopsia não é agradável, muitas pessoas com VHC mostram-se relutantes em submeter-se a este procedimento. No entanto, muitos médicos consideram que oferece a melhor e mais fiável forma de conhecer o nível de lesão hepática. Felizmente, a biopsia enquanto requisito para o tratamento do VHC tem vindo a ser posta em causa.

Alguns especialistas pensam, de facto, que quando se tem uma elevada probabilidade de responder ao tratamento (pessoas com genótipo 2 ou 3 e com cargas virais baixas), não é necessário efectuar biopsia antes do tratamento.

A biopsia pode ser útil para tomar decisões informadas, no caso de pessoas que têm uma infecção por VHC difícil de tratar (genótipos 1 e 4), que podem optar por esperar por novos medicamentos, caso não tenham o fígado gravemente danificado.

“Um dos principais obstáculos para o tratamento do VHC é a biopsia hepática. Portanto, neste momento estou a considerar iniciar o tratamento porque vejo muitas pessoas a morrerem de hepatite C e eu já estou infectado há muito tempo.

A minha carga viral está bem, as enzimas do fígado estão bem, mas sabemos que a única maneira de conhecer a real situação é através de uma biopsia ao fígado.

Honestamente, estou pronto para iniciar o tratamento amanhã, mas não quero que um médico me ponha uma agulha no fígado.”

A biopsia deveria apenas ser realizada por um médico com experiência e que tenha um registo de biopsias bem sucedidas no seu currículo.

O médico deve guiar a agulha com a ajuda da ecografia, de forma a reduzir a possibilidade de atingir outro órgão e também para localizar com precisão as áreas danificadas do tecido hepático e recolher a amostra. Se está preocupado com a dor, deve perguntar ao médico sobre as opções para gerir a dor durante e depois da intervenção. Falar com pessoas que já fizeram este exame pode ajudar.

A investigação recente está à procura de alternativas menos invasivas à biopsia.

Quando é que a biopsia é necessária?

Fazer uma biopsia pode ajudar a tomar decisões relativas ao tratamento, porque mostra o quanto o fígado está danificado. Apesar do desconforto e do risco de complicações, é um exame importante para monitorizar, ao longo do tempo, a infecção pelo VHC. Recomenda-se, portanto, durante a hepatite crónica e antes de iniciar o tratamento.

Um médico afirmou:

“eu digo às pessoas que decididamente não querem fazer uma biopsia, que esta é importante para tomar decisões relativas ao tratamento e que podem precisar de vir a fazê-la no futuro.”

Como interpretar os resultados da biopsia

Há diferentes sistemas para medir a inflamação do fígado e a fibrose. Todos vão do zero até uma pontuação máxima: quanto mais elevado o número, maior é a inflamação ou a fibrose.

	Inflamação	Fibrose
Ishak	0-18	0-6
Metavir	A0-A3	F0-F4
Knodell	0-18	0-4

As linhas de orientação do Reino Unido (BHIVA) definem: o dano hepático moderado com uma pontuação modificada Ishak de 3 ou > que 3 a 5.

Alguns serviços preferem classificar as lesões como ligeiras, moderadas ou cirrose.

Medição do grau de rigidez ou endurecimento hepático (Fibroscan®)

O Fibroscan® é uma abordagem não invasiva que já está a mostrar resultados prometedores.

É um scanner que mede a “rigidez ou endurecimento” versus “flexibilidade” hepática, usando ultra-sons para criar ondas e medindo a sua velocidade.

Embora este exame seja muito menos sensível na doença hepática ligeira ou moderada, é muito sensível na deteção de doença grave. Pode, portanto, identificar as pessoas que precisam mais urgentemente de tratamento para o VHC.

Os resultados são apresentados em kilopascals (kPa). Quanto mais elevado o valor, mais endurecido e danificado está o fígado.

Os resultados do Fibroscan® não são comparáveis com os valores da fibrose medida com outras pontuações em todos os doentes. No entanto, uma pontuação superior a 7,2 kPa indica uma maior probabilidade de fibrose significativa (F2 ou mais na escala Metavir e necessidade de tratamento) e superior a 13kPa, indica cirrose (F4 na escala Metavir).

Estes resultados devem ser interpretados no contexto clínico e deve-se repetir os testes antes de fazer um diagnóstico de fibrose significativa/cirrose.

“Recusei-me fazer uma biopsia, tendo tido discussões durante anos com os especialistas mas no mês passado, fiz o exame com o Fibroscan®. Este teste examina a rigidez e o endurecimento hepático e pode dar uma indicação sobre a extensão do dano hepático. Foi fácil e indolor.”

Alternativas à biopsia: marcadores da doença hepática não-invasivos

A investigação tem-se debruçado sobre se os resultados de certas análises laboratoriais podem ser utilizados em substituição da biopsia. Isto poderá mudar, em breve, o modo de avaliação da infecção pelo VHC.

Os estudos que usam combinações de testes laboratoriais sugerem que estes são importantes para identificar doença hepática grave, mas continua a ser discutível se podem substituir a biopsia hepática.

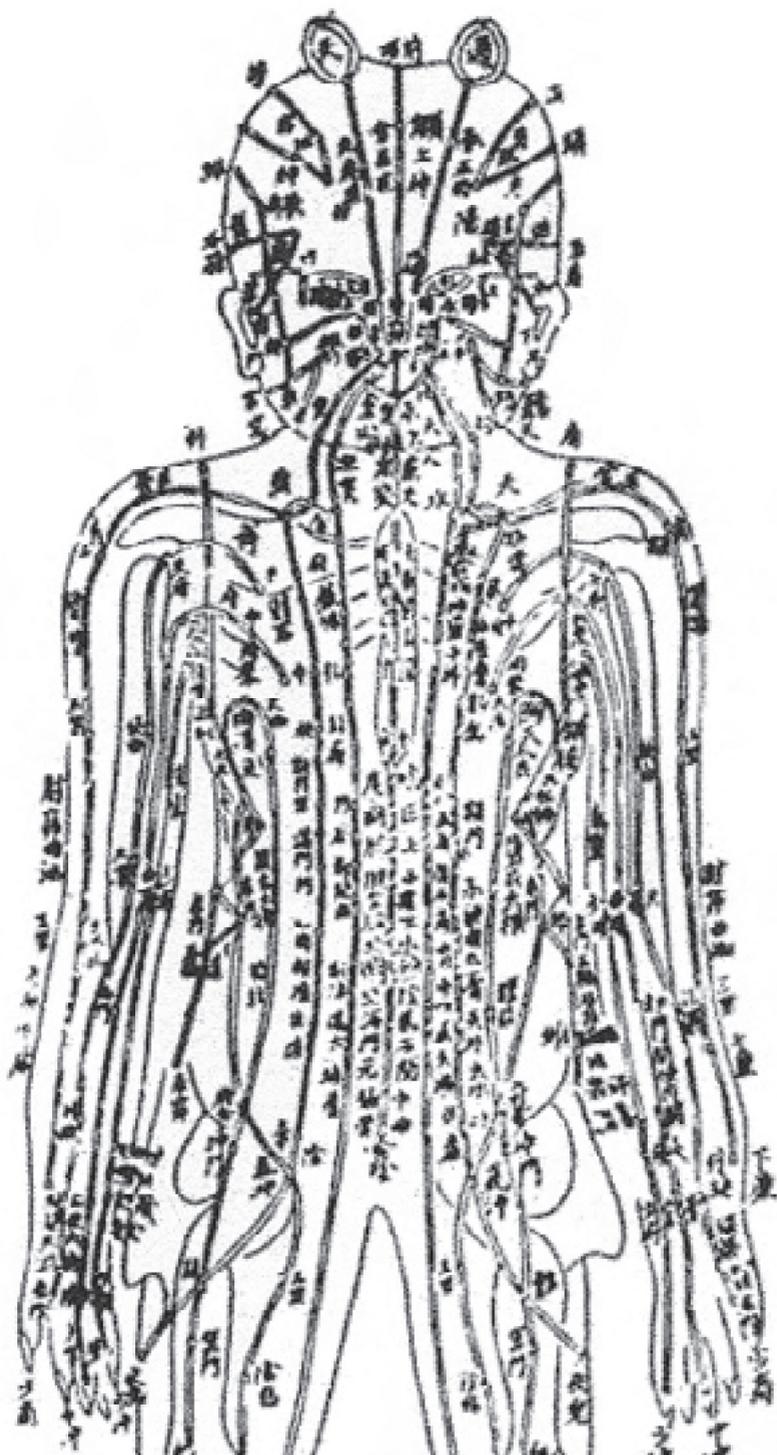


Youtube Fibroscan

www.youtube.com/watch?v=I_E4ZGmKooA

Youtube biopsia do fígado

www.youtube.com/watch?v=PXTdt_ZtlgM



Gerir o tratamento da hepatite C

A gestão da infecção pelo VHC é individual e pode ser necessário definir prioridades. A eliminação do vírus é o objectivo mais importante para muitas pessoas, mas não para todas. Nalguns casos, é mais provável que o tratamento melhore a situação do fígado sem eliminar o vírus. Noutros casos, o tratamento pode não ser necessário de imediato e outras nunca precisarão de o fazer.

Para algumas pessoas, a decisão de iniciar o tratamento é fácil, mas para a maioria não é. Há muitos factores a considerar.

Esta secção centra-se no tratamento convencional da infecção pelo VHC, com o padrão de cuidados actual, que consiste na combinação de interferão peguilado e ribavirina.

As escolhas relacionadas com o estilo de vida serão abordadas posteriormente, na secção “Viver com a co-infecção”.

Quem precisa do tratamento para o VHC?

De uma forma geral, as linhas de orientação estão de acordo sobre quando iniciar o tratamento e quem tratar.

Nas pessoas seropositivas, em geral, o tratamento deveria ser iniciado quando “os benefícios da terapêutica são superiores aos riscos”. Por vezes, o tratamento é recomendado mais precocemente nas pessoas com co-infecção do que nas pessoas seronegativas para o VIH.

- O tratamento para a hepatite C é mais eficaz quando se inicia durante a fase aguda da infecção.
- As pessoas com cirrose compensada podem ser tratadas, mas o tratamento tem menos probabilidades de ser bem sucedido e os efeitos secundários podem ser mais graves. É necessário uma monitorização cuidadosa.
- As pessoas com cirrose descompensada não podem ser tratadas com segurança para a hepatite C. Nesta fase, a única opção disponível é o transplante.

“Tenho ouvido sobre o que se passa nas famílias durante o tratamento para o VHC. As pessoas ficam tão deprimidas, num tal estado de espírito, que o marido ou a mulher chegam a dizer «Odeio-te»... porque as pessoas a tomarem interferão peguilado são intratáveis... não vale a pena!

Não há nenhuma garantia de se livrar do VHC, nem de melhorar, mas a vida pode ficar destruída.”

Em que consiste o tratamento para o VHC?

O tratamento para a hepatite C é uma combinação de dois medicamentos, o interferão peguilado (PegIFN) e ribavirina (RBV).

O interferão peguilado é a versão sintética de um agente químico produzido no organismo humano que actua de duas maneiras contra o VHC: age directamente sobre o vírus e estimula o sistema imunitário para que este elimine o vírus. “Peguilado” significa que uma pequena molécula foi acrescentada ao interferão para mantê-lo mais tempo no organismo. Isto significa que só precisa de ser injectado uma vez por semana, tornando-o mais eficaz para tratar o VHC.

Há dois tipos de interferão peguilado:

1) alfa-2a (produzido pela empresa farmacêutica Roche, com o nome comercial “Pegasys[®]”). O Pegasys[®] é um líquido que vem numa seringa e é guardado no frigorífico. Todos os doentes utilizam a mesma dose, independentemente do peso.

2) alfa-2b (produzido pela empresa Schering Plough, com o nome comercial “PegIntron[®]”).

O interferão peguilado é um pó que deve ser misturado com água destilada, ambos em recipientes diferentes. O interferão peguilado é doseado com base no peso. Diferentes formulações têm sido estudadas em doentes de diferentes estadios. Não foram directamente comparados, sendo difícil saber se um é melhor do que o outro, e em que circunstâncias.

A ribavirina é um medicamento análogo dos nucleósidos, da mesma família de muitos medicamentos para o VIH, mas não actua contra o VIH.

Isoladamente, a ribavirina não é eficaz contra o vírus da hepatite C. Deve ser usada em conjunto com o interferão peguilado.

A ribavirina é administrada em comprimidos ou cápsulas, duas vezes ao dia. Geralmente, é doseada de acordo com o peso. Os nomes comerciais da ribavirina são Copegus[®] e Rebetol[®].

Quanto tempo dura o tratamento para o VHC?

Nas pessoas seropositivas, actualmente recomenda-se o tratamento durante, pelo menos, um ano, para todos os genótipos, embora recentemente os investigadores tenham vindo a estudar modos de adaptar o tratamento com base na resposta individual.

Alguns médicos estão a tratar pessoas co-infectadas com o genótipo 2 e 3 durante menos tempo, caso respondam cedo ao tratamento para o VHC.

Há médicos que tratam as pessoas com os genótipos 1 e 4 durante mais de um ano. Em especial, as pessoas com co-infecção pelo VIH/VHC podem precisar de um tratamento mais prolongado, sobretudo se têm o genótipo 1.

Tanto o AZT como o ddl aumentam a toxicidade associada à ribavirina. Estes medicamentos anti-retrovirais não devem ser tomados durante o tratamento para a infecção pelo VHC.

Objectivos do tratamento

Cura da infecção pelo VHC

O primeiro objectivo é, geralmente, a eliminação do vírus da hepatite C, portanto, a cura da hepatite C.

Na hepatite, uma resposta virológica sustentada (RVS), significa que uma pessoa mantém a carga viral para o VHC indetectável no sangue, seis meses após o fim do tratamento. A maioria das pessoas que têm uma RVS estão livres do VHC. Contudo, os resultados obtidos dos estudos realizados nas pessoas seropositivas para o VIH mostraram uma RVS com um prazo mais curto. Embora alguns estudos recentes tenham detectado níveis muito baixos de VHC no sangue e no tecido hepático de algumas pessoas com resposta virológica sustentada, tal pode não ter qualquer efeito significativo sobre o estado do fígado.

Melhorar o estado do fígado

Um objectivo secundário do tratamento para o VHC é melhorar o estado do fígado, reduzindo a inflamação e, por vezes, revertendo a fibrose. Isto pode acontecer em pessoas que não alcancem uma RVS, embora em apenas metade dos casos.

Nalgumas pessoas, a situação do fígado pode agravar-se após o tratamento para o VHC, sobretudo entre as pessoas que não eliminaram o vírus. Não está esclarecido porque é que isto acontece.

Factores que permitem prever a resposta ao tratamento

O uso total ou parcial de doses de interferão peguilado para a terapêutica de manutenção em pessoas que não seronegativaram o VHC não reduziu o risco de progressão da doença. Assim, a manutenção da terapêutica não é já recomendada para pessoas com o VHC, independentemente do estatuto serológico para o VIH.

A RVS reduz o risco de cirrose hepática, cancro no fígado e falência renal nas pessoas seronegativas ou seropositivas para o VIH.

Para as pessoas que vivem com VIH, poderá haver um benefício adicional do tratamento para o VHC na redução do risco dos efeitos secundários devido à TARc.

Vários factores podem ajudar a prever como o tratamento está a correr:

- genótipo do VHC (o 2 e o 3 são mais sensíveis ao tratamento que o 1 e o 4);
- carga viral do VHC (o tratamento é mais eficaz quando a carga viral do VHC está abaixo das 400.000 UI/mL);
- etnia (o tratamento é menos eficaz nos afro-americanos – esta questão continua a ser investigada);
- grau de lesão hepática e esteatose (o tratamento é menos eficaz quando há cirrose);
- VIH (o tratamento é menos eficaz nas pessoas seropositivas do que nas pessoas seronegativas para o VIH);

- adesão ao tratamento, incluindo a manutenção da dose completa de ribavirina e de interferão peguilado, pelo menos 80% do tempo (administração de, pelo menos, 80% de todas as tomas);
- peso corporal (o tratamento é menos eficaz em pessoas que pesam mais de 75 kg);
- idade inferior a 40 anos;
- gestão eficaz dos efeitos secundários.

Glossário

Candidose esofágica

Infecção fúngica no esófago.

Esteatose

Acumulação de gordura no fígado (também designada por “fígado gordo”).

Receios relativos ao tratamento para o VIH nas pessoas co-infectadas

As principais diferenças no tratamento do VIH nas pessoas que têm também infecção pelo VHC estão relacionadas com:

- escolha do momento certo para iniciar o tratamento do VIH;
- receio da toxicidade/danos hepáticos, como um efeito indesejado dos medicamentos anti-retrovirais e
- escolha da combinação terapêutica.

Alguns medicamentos são mais tóxicos para o fígado do que outros. Não está esclarecido se um pequeno aumento dos valores das enzimas hepáticas aumenta o risco de doença, embora obviamente a precaução seja importante. Os medicamentos para o VIH devem ser cuidadosamente seleccionados e os valores das provas de função hepática devem ser monitorizados regularmente.

Alguns efeitos secundários ocorrem com maior frequência nas pessoas co-infectadas com o VHC, incluindo a lipodistrofia (acumulação ou perda de gordura) e níveis anormais de gordura e insulina no sangue.

O VHC aumenta o risco de desenvolvimento de diabetes e este risco é mais elevado nas pessoas seropositivas para o VIH. O uso de medicamentos inibidores da protease

e de inibidores de transcriptase reversa análogos nucleósidos para o VIH, sobretudo o d4T (estavudina, Zerit®), foi relacionado com um aumento do risco de ocorrência de níveis elevados de açúcar e diabetes.

No entanto, o risco nunca deve ser usado como um factor para não fazer o tratamento.

Como se mede a resposta ao tratamento do VHC

A resposta ao tratamento do VHC é medida através dos testes de carga viral em diferentes momentos.

RVS (resposta virológica sustentada ou mantida)

Uma RVS significa que o VHC não é detectável no sangue seis meses após a finalização do tratamento. Muitos especialistas consideram a RVS como uma cura.

As taxas de RVS são geralmente os resultados mais importantes a observar num ensaio clínico.

Na investigação usa-se a sigla RVS-12, que significa que uma pessoa continua com a carga viral indetectável 12 semanas após o fim do tratamento. As recidivas ocorrem quase sempre nas primeiras 12 semanas após ter acabado o tratamento.

RVP (resposta virológica precoce)

Uma resposta virológica precoce significa que a carga viral da hepatite C desceu 2 log₁₀ ou é indetectável após 12 semanas de tratamento.

Quando não se atinge uma resposta virológica precoce, existe uma menor probabilidade de se conseguir uma resposta virológica sustentada (entre 1 e 4%). Regra geral, as pessoas optam por interromper o tratamento para a hepatite C quando não atingem uma resposta virológica precoce.

RFT (resposta no final do tratamento)

Uma resposta no final do tratamento significa que não é possível detectar o vírus da hepatite C, pelo teste de carga viral, após o tempo de duração terapêutica.

Algumas pessoas que atingem uma resposta no fim do tratamento voltam a ter carga viral detectável, portanto a RFT não é fiável para predizer uma resposta a longo prazo.

RVR (resposta virológica rápida)

Uma medição indetectável de carga viral para o VHC após quatro semanas é designada por resposta virológica rápida (RVR). É um sinal de bom prognóstico e de obtenção de uma futura RVS. No entanto, a resposta virológica rápida não é útil para predizer quem tem menor probabilidade de responder ao tratamento.

Portanto, o tratamento não deve ser interrompido quando não se obtém uma RVR. Actualmente a RVR é apenas utilizada em investigação.

Recidiva

O termo recidiva é utilizado quando se obteve uma RVP (resposta virológica precoce) ou uma RFT (resposta no final do tratamento), mas a carga viral voltou a subir e não se conseguiu uma resposta viral sustentada (RVS).

Não respondedores

Não respondedor é o termo que geralmente se usa quando não se atinge uma RVP, quando não se obtém uma descida de 2 log₁₀ ou quando não se verifica um valor indetectável de carga viral de VHC.

Eficácia do tratamento

Existem muitos factores envolvidos na resposta ao tratamento.

A informação do quadro 4 apresenta dados gerais relativos às taxas de resposta obtidas em ensaios com o interferão peguilado mais ribavirina.

Quadro 4: Taxas de resposta ao tratamento

Taxas de resposta virológica sustentada (RVS)	Mono-infecção por VHC (24 semanas para o genótipo 2 e 3; 48 semanas para o genótipo 1)	Co-infecção por VIH/VHC (48 semanas para todos os genótipos)
Geral	56-61%	27-40%
Genótipo 1	42-44%	14-38%
Genótipo 2 e 3	70-82%	Até 73%

Interações medicamentosas entre o tratamento para a infecção pelo VHC e os medicamentos para o VIH

O ddl (didanosina, Videx®) não deve ser usado durante o tratamento para o VHC, pois pode interagir com a ribavirina e causar acidose láctica, pancreatite e risco de falência hepática, em pessoas com cirrose avançada.

O uso do AZT também não está recomendado porque aumenta o risco de anemia.

Em alguns estudos, o uso de d4T (estavudina) esteve relacionado com o aumento do risco de perda significativa de peso e lipoatrofia (perda de gordura) em pessoas medicadas com ribavirina.

O abacavir pode reduzir as hipóteses de uma boa resposta ao tratamento da hepatite C por causa de uma interacção medicamentosa negativa com a ribavirina e deve ser evitado se há outras opções para o tratamento do VIH.

Tratamento da hepatite C nos utilizadores de drogas injectáveis (UDIs)

Regra geral, o tratamento para a hepatite C tem sido recusado aos utilizadores de drogas injectáveis, embora as linhas de orientação actuais recomendem que as decisões relativas ao tratamento sejam tomadas caso a caso.

Felizmente, isso começou a mudar.

A experiência adquirida no tratamento do VIH confirma que a adesão ao tratamento ARV é possível entre os utilizadores de drogas e que as taxas de resposta nos

ensaios clínicos para o tratamento para o VHC nos UDIs são semelhantes às taxas relatadas entre os não utilizadores.

- Tentar não faltar à primeira consulta, porque alguns médicos poderão usar isso como parte dos critérios para recusar o tratamento para o VHC.
- Não desistir dos cuidados médicos porque se está a utilizar drogas.
- Isto é particularmente importante enquanto se está em tratamento para o VHC, porque o médico não poderá monitorizar e tratar os efeitos indesejáveis.
- Se se está a tomar metadona, não se deve reduzir ou interromper, até o tratamento para o VHC terminar. Por vezes, a metadona ajuda a tolerar o tratamento e pode ser necessário aumentar a dose para aliviar os efeitos indesejáveis.
- É importante encontrar um médico que queira e seja capaz de trabalhar com utilizadores de drogas.
- Perguntar a outros utilizadores de drogas a opinião sobre um médico que esteja habituado a lidar com estas situações.
- Discutir os efeitos indesejáveis do tratamento para o VHC com o médico e obter informações sobre a melhor forma de os gerir. Se for necessário usar analgésicos ou outra medicação com risco de uso abusivo, é importante discutir isso com o médico, de forma a chegar a um acordo.

A depressão ou outras patologias mentais são muito mais comuns entre as pessoas co-infectadas VIH/VHC que usam drogas do que na população em geral. Muitas dessas perturbações são tratáveis.

As pessoas com antecedentes de depressão têm mais probabilidade de voltar a ter sintomas durante o tratamento para o VHC. A depressão pode também atingir pessoas que nunca manifestaram sintomas de depressão.

Caso os efeitos psiquiátricos indesejáveis sejam uma preocupação, é importante considerar o apoio dos serviços de saúde mental.

Algumas pessoas podem gerir o tratamento para o VHC enquanto estão a consumir drogas; outros chegam à conclusão que parar ou reduzir o seu uso os ajuda a preparar-se para o tratamento do VHC e a mantê-lo. Isto pode resultar de um programa de auto-ajuda, de um serviço de aconselhamento, de um programa de desintoxicação de drogas ou de substituição da heroína com metadona ou buprenorfina ou com o antagonista naltrexona.

O aumento da dose de metadona tem ajudado as pessoas a gerir os efeitos indesejáveis do tratamento para o VHC.

Se ainda se está a usar drogas injectáveis, deve-se obter informação sobre o modo mais seguro de injectar, para evitar uma reinfeção pelo VHC (e outras infecções).

Preocupações das pessoas em recuperação

Muitas pessoas têm medo de recair no uso de drogas, porque os efeitos secundários do interferão peguilado são muito semelhantes ao síndrome de abstinência dos opióides. O risco de recaída é menor quando os efeitos indesejáveis são tratados rapidamente e com eficácia e quando o serviço de aconselhamento, o apoio entre pares e os prestadores de cuidados médicos e mentais estão disponíveis.

Algumas pessoas estão preocupadas com a auto-injecção do interferão peguilado. Quando necessário, as injecções podem ser dadas, uma vez por semana, por uma enfermeira, para evitar o risco de recaída.

Voltar a tratar a infecção pelo VHC

Com o alargamento do acesso ao tratamento, o número de pessoas que não eliminaram o vírus também está a aumentar.

Estratégias de tratamento para o VHC, incluindo o tratamento com uma formulação diferente do interferão peguilado, chamado Interferão Consenso ou uma dose mais elevada de interferão peguilado e/ou ribavirina ou aumentando a duração do tratamento tiveram resultados desapontantes.

Se não se obteve resposta ao tratamento com as formulações mais antigas de interferão não peguilado, que era muito menos eficaz, é oportuno considerar um novo tratamento com interferão peguilado.

Alguns dos novos medicamentos orais para a hepatite C estão a ser estudados em pessoas cujo tratamento para a hepatite C não foi bem sucedido. Com base na experiência adquirida com o tratamento do VIH, pode ser uma boa estratégia esperar até que haja novos medicamentos para tratar a hepatite C e acrescentá-los a um regime que falhou antes.

Gerir a cirrose

Um fígado danificado pode ainda funcionar, mas as pessoas que desenvolveram cirrose estão em risco de falência hepática e outras complicações graves, potencialmente fatais. O despiste do cancro do fígado e a monitorização regular da função hepática e das varizes esofágicas é muito importante. As varizes esofágicas são veias dilatadas semelhantes às varizes das pernas, que resultam de cicatrizes hepáticas que obstruem o fluxo através da veia portal e aumentam a pressão do sangue. Os medicamentos chamados beta-bloqueantes podem ajudar a prevenir o aparecimento de varizes. O sangramento das varizes é uma emergência médica.

Alterações na dieta podem ajudar a gerir algumas das complicações da cirrose. Cortar o sal e comer muitas refeições pequenas por dia com proteínas de produtos vegetais e laticínios em vez de carne, pode ajudar a gerir o desequilíbrio nutricional. O nutricionista pode ajudar a planear uma dieta saudável.

A descompensação hepática (cirrose descompensada) ocorre quando as funções do fígado se deterioram. Nesta situação, é necessário considerar a necessidade de um transplante do fígado.

Transplante do fígado em pessoas com co-infecção VIH/VHC

Nas pessoas com doença hepática descompensada, um transplante do fígado é a opção final.

Durante muitos anos, os serviços de transplante evitavam activamente este procedimento nas pessoas seropositivas para o VIH. Isto era devido a vários factores, incluindo a discriminação por parte de alguns cirurgiões, que não queriam operar pessoas seropositivas para o VIH. A reduzida esperança de vida das pessoas seropositivas antes do aparecimento da terapêutica anti-retroviral de combinação, bem como a escassez de órgãos, exigia uma escolha criteriosa dos doentes, que excluía as pessoas infectadas pelo VIH em detrimento dos doentes com outras patologias. Havia também receios relativos ao uso dos medicamentos que suprimem o sistema imunitário em pessoas seropositivas para o VIH e que são uma parte essencial do tratamento pós-transplante.

A eficácia dos medicamentos para o VIH mudou este quadro. O VIH já não é um critério de exclusão para o transplante ao fígado. Centros no Reino Unido, Espanha, França e Estados Unidos têm vindo a efectuar transplantes em pessoas seropositivas para o VIH. Alguns centros relataram que não há nenhuma diferença significativa na sobrevivência pós-transplante com base no estatuto para o VIH.

No entanto, o seguimento clínico mantém-se complexo, devido à interacção medicamentosa entre fármacos usados para suprimir o sistema imunitário após o transplante e os inibidores da protease, ao risco de rejeição do transplante e de reinfeção do novo fígado pelo VHC e à dificuldade de tolerar o tratamento para o VIH e o VHC, após o transplante.

A infecção pelo VHC progride mais rapidamente nas pessoas com VIH e a sobrevivência após descompensação hepática é mais curta do que nas pessoas infectadas apenas pelo VHC. Alguns especialistas sugerem que as pessoas com co-infecção deveriam ser encaminhadas para uma lista de transplante numa fase da doença menos avançada do que as pessoas com mono-infecção por VHC.

Efeitos indesejáveis e estratégias para os superar*

Os efeitos indesejáveis do tratamento para a hepatite C podem ser difíceis e ocorrem com maior frequência nas pessoas seropositivas para o VIH. As seguintes informações incluem estratégias para gerir esses efeitos.

Com planeamento e apoio adequados, o impacto dos efeitos indesejáveis pode ser minimizado. Deve-se pedir informação sobre o tratamento dos eventuais efeitos secundários. O apoio de outras pessoas com VHC, de amigos e família antes e durante o tratamento para o VHC desempenha um papel-chave na gestão das dificuldades relacionadas com a terapêutica.

Depressão, ansiedade e outros efeitos indesejáveis do foro psiquiátrico*

A depressão e a ansiedade são efeitos indesejáveis do interferão peguilado frequentemente relatados.

Em casos raros, as pessoas têm referido que sentiram vontade de atentar contra a própria vida e algumas pessoas suicidaram-se durante o tratamento para o VHC.

Se há antecedentes de depressão, há maior risco de reaparecimento dos sintomas durante o tratamento para o VHC, embora a depressão e a ansiedade sejam comuns entre as pessoas que nunca sofreram de tal no passado. O interferão peguilado pode também causar irritabilidade, dificuldade em dormir, alterações do humor e psicose.

É importante ter acesso aos cuidados de saúde mental antes e durante (e às vezes depois) do tratamento para o VHC, de forma a que os efeitos indesejáveis possam ser tratados imediatamente e adequadamente.

Algumas pessoas pensam que iniciar um anti-depressivo antes de começar o tratamento para o VHC pode ajudar a prevenir a depressão provocada pelo interferão peguilado. No entanto, os anti-depressivos e outros medicamentos psiquiátricos também podem provocar reacções adversas, por isso, outros especialistas pensam que é melhor usar estes medicamentos apenas quando as pessoas precisam.

É importante estar preparado para considerar o uso de anti-depressivos no caso de surgirem estes efeitos indesejáveis, porque a depressão é a principal razão de abandono do tratamento.

Se nunca se sofreu de depressão ou de outra doença mental pode não ser fácil identificar os sintomas.

O diagnóstico correcto e o tratamento adequado dos sintomas psiquiátricos durante o tratamento para a infecção pelo VHC são fundamentais.

“Penso que estar informado sobre a doença desde o seu início é o melhor apoio que se pode obter. Ter uma imagem clara sobre o que se passa pode ser extremamente útil para evitar o medo e a ansiedade. Por outro lado, o apoio e o aconselhamento são essenciais quando se decide iniciar o tratamento.

O tratamento pode ter efeitos indesejáveis muito perturbadores e a informação sobre estes e sobre como geri-los é crucial para uma melhor hipótese de sucesso. Isto é sobretudo verdade em relação aos sintomas psiquiátricos. Também acho que o apoio entre pares é muito útil.”

“É difícil decidir iniciar um tratamento que, a longo prazo, me pode ajudar, mas que me fará sentir muito doente no presente.”

Sintomas semelhantes aos de uma gripe*

Os sintomas semelhantes aos de uma gripe (febre, dores musculares, dores de cabeça, arrepios, náuseas) são efeitos indesejáveis comuns do interferão peguilado. Geralmente aparecem 2 a 24 horas após a injeção e diminuem com o tempo.

É aconselhável fazer a injeção de interferão peguilado à noite, assim como também uma dose baixa de paracetamol e medicação contra as náuseas. Banhos quentes podem ajudar a aliviar as dores musculares.

Perda de peso*

Beber muita água e sumos ajudam a diminuir os sintomas de gripe e a ficar hidratado.

A perda de peso ocorre muitas vezes durante o tratamento para o VHC, porque as pessoas podem perder o apetite, ter diarreia e/ou sentir-se enjoados. Se possível, comer muitas refeições pequenas e ligeiras para não perder energia.

Os derivados de cannabis podem ajudar a estimular o apetite.

A perda de mais de um quilo por semana deve ser avaliada e implica medidas de suporte nutricional.

Se existe diarreia, é necessário verificar se não há outras causas que expliquem este sintoma. Uma dieta adequada pode ajudar.

Caso seja necessário, pode tomar-se medicação anti-diarreica, como por exemplo a loperamida.

Fadiga* (sentir-se cansado)

A fadiga também é muito comum. Dormir durante curtos períodos de tempo e praticar exercício regular mas ligeiro, quando possível, ajuda.

Anemia, neutropénia e trombocitopénia

As pessoas seropositivas com baixas contagens de células CD4 podem ter contagens baixas de glóbulos brancos e/ou vermelhos. A monitorização regular dos glóbulos brancos e vermelhos, durante o tratamento para o VHC, é sobretudo importante para as pessoas com co-infecção, visto existir um risco elevado de anemia, neutropénia e trombocitopénia.

A **anemia** (uma contagem muito baixa dos glóbulos vermelhos) é um efeito indesejável da ribavirina. O interferão peguilado também pode causar anemia, porque suprime o crescimento da medula óssea, onde se desenvolvem as células sanguíneas. O sintoma mais comum da anemia é a fadiga. A anemia é um problema comum das pessoas seropositivas para o VIH e pode ser causada pelo AZT e ribavirina. Se possível, deve usar-se um medicamento alternativo ao AZT, porque a combinação deste com a ribavirina aumenta este risco. Quer o Combivir®, quer o Trizivir® contêm AZT.

Há duas maneiras de tratar a anemia provocada pela ribavirina. Uma estratégia é baixar a dose da ribavirina, mas o tratamento para o VHC pode tornar-se menos eficaz. A outra forma é tratar a anemia com injeções de eritropoetina (EPO), que alivia o cansaço e ajuda as pessoas a manter a dose de ribavirina. A anemia grave é tratada com transfusão de sangue, mas reduzir a dose de ribavirina ou iniciar a EPO, quando se desenvolve anemia durante o tratamento para o VHC, pode evitar essa medida.

A **neutropénia** é uma quantidade muito baixa de neutrófilos, um tipo de glóbulos brancos que combate as infecções bacterianas. O interferão peguilado pode causar neutropénia. O risco de desenvolver infecções bacterianas é mais elevado nas pessoas com neutropénia. Se a contagem dos neutrófilos desce durante o tratamento para o VHC, reduz-se a dose de interferão peguilado ou trata-se a neutropénia com injeções de um factor de estimulação do crescimento dos glóbulos brancos chamado filgrastim (Neupogen®).

A **trombocitopénia** é uma contagem baixa das plaquetas e pode ser provocada por lesão hepática grave (porque a hormona que estimula a produção das plaquetas é fabricada pelo fígado). Pode também ser provocada por outras patologias, incluindo o próprio VIH e o interferão peguilado. Os

trombócitos, ou plaquetas, impedem o sangramento, provocando a coagulação do sangue. Uma trombocitopénia grave pode ter consequências potencialmente fatais, tais como uma hemorragia cerebral. Quando se desenvolve uma trombocitopénia grave, o tratamento para o VHC é geralmente interrompido.

Insónia*

Dormir mal agrava o impacto de outros efeitos indesejáveis, sobretudo os relacionados com o humor e o modo como uma pessoa se sente.

O guia i-Base, *Tratamentos para o VIH/ SIDA – Evitar e gerir melhor os Efeitos Secundários* inclui uma página de dicas sobre como melhorar o sono. Se é um problema grave, o médico deve ser informado, para que possa avaliar a situação e receitar, se necessário, comprimidos para dormir.

Rash cutâneo (lesões avermelhadas da pele)*

O tratamento para o VHC pode provocar *rash*, que é geralmente ligeiro e não dá comichão. Informar o médico e, caso se torne mais grave, pode ser necessário o encaminhamento para a consulta de dermatologia.

Boca seca*

O interferão peguilado pode causar boca seca, podendo provocar problemas dentários e das gengivas. Usar uma escova de dentes macia pode reduzir o sangramento das gengivas e escovar os dentes após cada refeição também ajuda.

Falta de ar e tosse*

Falar com o médico quando aparecem estes sintomas. A falta de ar pode ser um sintoma de anemia. Os tratamentos comuns para a tosse incluem o aumento da ingestão de água e evitar locais com fumo.

Glossário

Anemia

Nível baixo de glóbulos vermelhos.

Neutropénia

Nível baixo de glóbulos brancos.

Trombocitopénia

Baixa contagem das plaquetas.

Irritabilidade

Pode ser comum durante o tratamento para o VHC e é frequente quando uma pessoa se sente mal e tem outros efeitos indesejáveis. Por esta razão, é muito importante que os efeitos indesejáveis sejam tratados, sobretudo se afectam o sono. Informar os amigos, a família e a rede de apoio é fundamental. Algumas pessoas evitam o stress usando técnicas de relaxamento, incluindo exercícios, meditação e respiração profunda.

Outras complicações*

O tratamento para o VHC pode também provocar outras patologias, incluindo problemas da tiróide e alterações da visão (visão desfocada).

É importante comunicar ao médico qualquer sintoma que surja e tratá-lo com a devida atenção.

Toxicidade hepática e medicamentos para o VIH

Muitos dos medicamentos para o VIH são eliminados pelo fígado e podem provocar toxicidade hepática, sendo que a co-infecção pelo VHC duplica ou triplica este risco.

Isto pode ser provocado através da acção directa dos próprios medicamentos.

Este receio está sobretudo relacionado com a nevirapina (um ITRNN), o tipranavir e doses mais elevadas de ritonavir (ambos IPs) e pode ser gerido escolhendo medicamentos alternativos para o VIH. O uso de doses baixas de ritonavir para potenciar outros IPs não parece aumentar este risco.

Este efeito pode também decorrer da presença de níveis mais elevados de medicamentos, tais como os ITRNN e IPs, sobretudo quando se tem lesão hepática grave. Devido ao facto de um fígado danificado ser menos eficaz [a metabolizar os medicamentos], os níveis dos medicamentos podem ser mais elevados e podem demorar mais tempo a serem eliminados pelo organismo.

A monitorização dos níveis terapêuticos de medicamentos (TDM) é uma análise ao sangue que permite modificar a dose se necessário.

A monitorização dos níveis terapêuticos de medicamentos (TDM)

A monitorização dos níveis terapêuticos de medicamentos (TDM) consiste numa análise ao sangue que verifica os níveis dos medicamentos inibidores da protease, dos ITRNN e possivelmente do T-20.

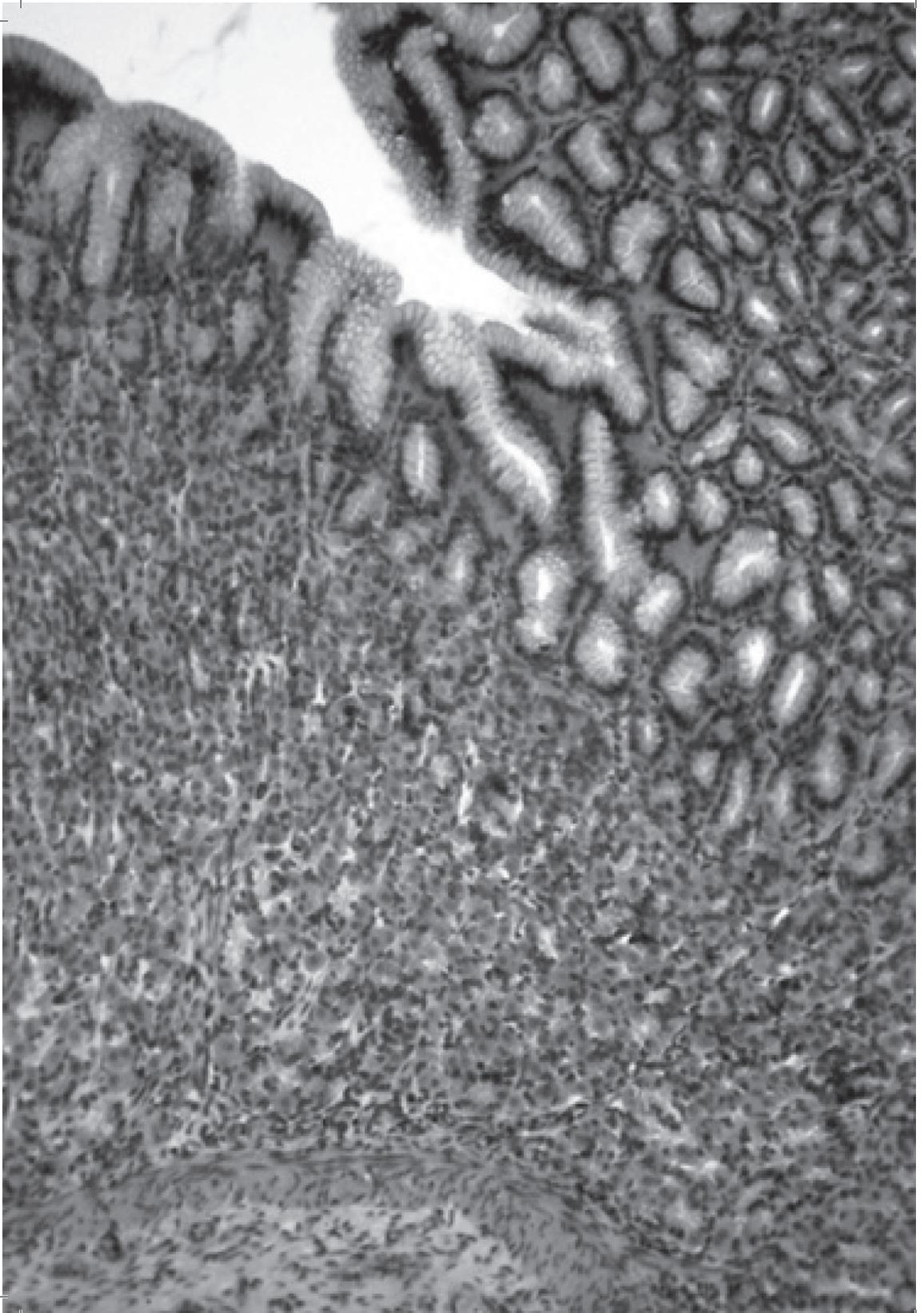
As doses dos medicamentos para o VIH são calculadas para uma pessoa de estatura média. No entanto, as diferenças individuais na absorção podem variar consideravelmente na vida real. Nas pessoas que têm um fígado gravemente danificado, os níveis dos medicamentos podem ser muito mais elevados, o que pode aumentar o risco de efeitos indesejáveis.

O TDM é recomendado pelas linhas de orientação da BHIVA, no Reino Unido, para a gestão das doses nas pessoas com dano hepático moderado a grave relacionado com o VHC.

“Os efeitos secundários semelhantes aos de uma gripe foram fortes durante as primeiras semanas. A seguir, foram mais semelhantes a uma dor e uma tensão na cabeça que podia gerir com analgésicos e deitando-me cedo. Desenvolvi uma anemia que foi complicada por tornar-me fraco e provocar tonturas.

Durante todo esse tempo concentrei-me no objectivo de chegar até o fim de ano, sabendo que posso ganhar essa infecção mesmo se não posso vencer o VIH.

Actualmente estou no quarto mês de tratamento. A anemia melhorou e estou ainda seronegativo para a hepatite C. Estou impaciente para chegar ao 12º mês e usar a palavra que inicia por C: CURA!”



Decidir tratar o VHC

Decidir tratar a hepatite C ou não, é uma decisão complexa e individual. Algumas pessoas precisam de iniciar imediatamente o tratamento.

Pode saber-se, desde logo, se é necessário fazer o tratamento completo para o VHC. Por exemplo, no caso do genótipo 1, se, após 12 semanas, o tratamento não resultar, pode-se interrompê-lo.

Um médico disse: “as pessoas não assinam um contrato vinculativo que as obriga a manter o tratamento durante 48 semanas. Se iniciam e ficam muito pior do que quando estavam à espera, podem interromper. Podem tentar novamente no futuro, quando se sentirem melhor ou quando um novo tratamento estiver disponível.”

“Durante os últimos sete anos, dado que a minha saúde em geral tem melhorado imenso, os médicos avisaram-me que a minha saúde está mais em perigo agora devido ao VHC do que ao VIH.

Fui solicitado para fazer uma biopsia do fígado e considerar o tratamento para o VHC. Decidi atrasar o início da terapêutica por duas razões: primeiro, porque tenho um genótipo que responde menos do que os outros ao tratamento; segundo, porque não quero perder dias de trabalho, o que provavelmente iria acontecer por causa dos efeitos indesejáveis.

Gosto da minha vida neste momento e não quero que ela mude por haver uma pequena probabilidade de eliminar o vírus. A minha estratégia actual é esperar que cheguem medicamentos mais eficazes.”

Um activista diagnosticado com o VHC há mais de dez anos disse:

“Para mim, manter os meus CD4 elevados é uma maneira de proteger o fígado de danos histológicos. Os efeitos indesejáveis são a principal razão para atrasar a terapêutica, porque vi muitas pessoas em tratamento e, nalguns casos, era mesmo difícil.

Conheço também muitas pessoas que se dão bem com o tratamento e evitar a ameaça da cirrose é muito bom. Mas, quanto a mim, de momento, não me sinto suficientemente forte para o experimentar.”

Alguém infectado mais recentemente escolheu fazer o tratamento mais cedo, sobretudo para reduzir o risco de transmissão sexual aos parceiros:

“Seis meses após o tratamento sinto-me com sorte por ter conseguido ‘uma resposta virológica sustentada’. Sei de outras pessoas que não conseguiram aderir ao tratamento e outras em quem falhou.

Os médicos dizem que, mesmo quando não se consegue eliminá-la do organismo, onze meses de tratamento afastarão a doença hepática durante anos, mas, para mim, não teria sido suficiente.

Não estava nada preocupado com a doença hepática, mas precisava de não ser infeccioso.

Tive todos os efeitos indesejáveis durante o tratamento e foi mesmo o pior tempo da minha vida, mas valeu a pena.

Todos os efeitos indesejáveis desapareceram apenas quando acabei o tratamento e agora sinto-me como dantes.”

“Fui diagnosticado seropositivo para o VHC em Maio e comecei o tratamento em Novembro. Optei por iniciar imediatamente o tratamento porque a ideia de esperar ou a possibilidade de um tratamento melhor tornar-se disponível significaria anos de preocupações e incertezas, para não falar dos constrangimentos à minha vida social e a culpa de cada vez que tinha o prazer de beber um copo ou uma festa com amigos.

Decidi que se sobrevivi a uma PCP e doze anos de terapêutica de combinação podia também aguentar mais alguns efeitos secundários durante um ano, por causa do potencial de uma palavra mágica: CURA.

Depois de um mês de tratamento a minha análise para a hepatite C foi negativa.”

Vantagens do tratamento para o VHC

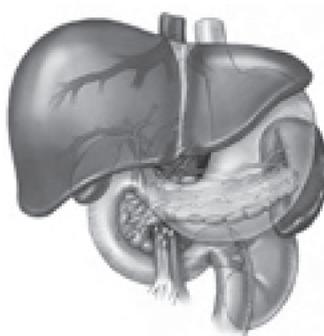
- Pode eliminar-se o vírus e conseguir a cura da hepatite C;
- O tratamento pode melhorar o estado de saúde do fígado, por reduzir a inflamação. Pode também reverter a fibrose. Isto pode acontecer até em pessoas que não eliminaram o vírus, embora com menos frequência;
- Elimina o risco de transmissão do VHC a parceiros sexuais e utilizadores de drogas;
- Elimina o vírus e remove o risco de uma transmissão de mãe para filho;
- Tratar o VHC antes de iniciar o tratamento para o VIH reduz para mais tarde o risco de efeitos indesejáveis relacionados com o fígado, devido aos medicamentos para o VIH;
- O tratamento pode reduzir as complicações a longo prazo, incluindo o cancro do fígado, mesmo nas pessoas que não eliminaram o VHC;
- O tratamento é menos eficaz nas pessoas com cicatrizes hepáticas graves (cirrose), portanto, pode ser importante não atrasar o tratamento.

“Após o diagnóstico, estava determinado a fazer o tratamento imediatamente... mas tive de deixar o país por razões familiares, pouco depois de ter iniciado o tratamento, e não consegui continuar durante mais do que o primeiro mês.

Alguns anos mais tarde, quando as coisas se acalmaram, comecei a ter receios pelo meu parceiro e decidi livrar-me do VHC o mais rapidamente possível.”

Sugestões para gerir melhor o tratamento

- Identificar as pessoas à sua volta que poderão ser uma boa fonte de apoio.
- Preparar uma lista de perguntas antes da consulta com o médico.
- Ir acompanhado à consulta, sobretudo se há efeitos psicológicos indesejáveis que são necessários discutir com o médico.
- Considerar fazer parte de um grupo de apoio.



Vantagens em atrasar o tratamento

- A maior desvantagem do tratamento consiste nos efeitos indesejáveis e no impacto que pode ter sobre a vida das pessoas durante o período do tratamento;
- Ocasionalmente, os efeitos indesejáveis podem ser tão graves que podem forçar a interrupção do tratamento. Isto acontece em cerca de 10% dos casos nos mono-infectados. Em casos muito raros, pode desencadear-se outra doença após a interrupção do tratamento, como doenças da tiróide ou diabetes;
- Algumas pessoas relataram que os efeitos indesejáveis persistiram, sentindo-se mal muito depois de terminarem o tratamento;
- O tratamento pode não ser eficaz;
- Há muitos medicamentos novos em desenvolvimento para o VHC, que podem ser mais eficazes e mais fáceis de tolerar. Poderão tornar-se disponíveis através de ensaios clínicos nos próximos anos.
- Quando o fígado está saudável pode ser possível atrasar o tratamento;
- Quando se está a pensar engravidar no próximo ano, deve considerar-se o atraso do tratamento, porque a ribavirina pode ser prejudicial para o feto;

- Os homens e as mulheres não devem conceber durante o tratamento e até seis meses depois. As mulheres que engravidam enquanto estão a tomar ribavirina devem considerar a interrupção da gravidez.

“Ajudou-me falar com os meus pares... trocámos muita informação porque a maioria dos meus amigos são co-infectados.”

Mas penso também que, enquanto pessoas co-infectadas, precisamos de grupos de apoio específicos, sobretudo no que se refere às questões do tratamento e de como geri-lo.”

“Sou assustado e muito sensível e pensei nunca me conseguir injectar sozinho. Pedi para ver as agulhas e quando vi como eram pequeninas tranquilizei-me, mas ainda estava assustado. Pedi à enfermeira para fazer as primeiras três, mas quando tive de fazer eu senti-me mesmo bem ao descobrir que conseguia. Era sem dor e tudo num instante.”

“Senti-me tão orgulhosa que quase quis fazer duas vezes.”

Investigação sobre novos medicamentos para o VHC

O tratamento com base no interferão peguilado não é eficaz para todos. Os seus benefícios são limitados devido aos efeitos indesejáveis, que podem ser desencorajadores de tal forma que muitas pessoas adiam o tratamento até estarem disponíveis novas opções.

No entanto, serão necessários anos até que novos medicamentos sejam aprovados. Esperar por um tratamento melhor pode ser uma boa opção quando não se precisa, de imediato, de tratamento para o VHC, ou seja, se o fígado está bem e se o VHC não está a progredir rapidamente. Durante muito tempo, a investigação do VHC foi difícil, porque o vírus não podia ser cultivado em laboratório. Isto mudou recentemente, quando novos modelos foram desenvolvidos para estudar o ciclo de vida do vírus, o que tornou mais fácil desenvolver medicamentos que actuam antes do vírus entrar na célula e quando está dentro da célula.

Muitos medicamentos novos para a hepatite C estão em desenvolvimento

Alguns são medicamentos para tomar por via oral, da mesma família de certos medicamentos para o VIH (inibidores da protease e da polimerase), embora muitos destes medicamentos não sejam activos contra o VIH. Estes novos medicamentos, provavelmente, serão estudados primeiro em pessoas com mono-infecção pelo VHC. Os ensaios para o tratamento da infecção pelo VHC em pessoas co-infectadas deverão ter início num futuro próximo, devido a

pressão dos activistas para o tratamento. Tal como com os medicamentos para o VIH, a terapêutica de combinação poderá ser essencial para evitar o desenvolvimento de resistências e um nível elevado de adesão (tomando mais de 95% das doses a tempo) será provavelmente importante.

Para evitar resistências, os novos medicamentos deverão provavelmente ser usados em combinação com o interferão peguilado e a ribavirina, até se dispor de um número suficiente de medicamentos novos para construir um regime sem interferão peguilado.

O interferão peguilado, muito provavelmente, continuará a fazer parte do tratamento para o VHC durante vários anos, mas o tratamento talvez possa ser encurtado. Também está a ser iniciado um pequeno estudo-piloto com dois medicamentos orais (um inibidor da protease do VHC combinado com um inibidor da polimerase do VHC) para verificar se estes podem ser usados em conjunto com segurança. Se tudo correr bem, seguirão mais estudos de combinações.

Para tomar uma decisão informada sobre o início ou o adiamento do tratamento para o VHC, é útil saber quais os novos medicamentos que estão a ser desenvolvidos.

Actualmente, estão a ser desenvolvidos medicamentos que actuam especificamente sobre determinadas partes do vírus da hepatite C, tais como os inibidores da protease e da polimerase. Estão a ser testadas novas formulações de interferão peguilado, que podem ser menos frequentemente administradas, bem como terapêuticas de estimulação imunitária, vacinas terapêuticas e preventivas.

Medicamentos que geram uma resposta imunológica (anticorpos mono e policlonais) estão a ser estudados em pessoas transplantadas.

Informações sobre novos medicamentos para a infecção pelo VHC

Uma actualização sobre medicamentos para o VHC em desenvolvimento clínico está incluída no TAG Pipeline Report, que pode ser consultado como um ficheiro PDF no website TAG:

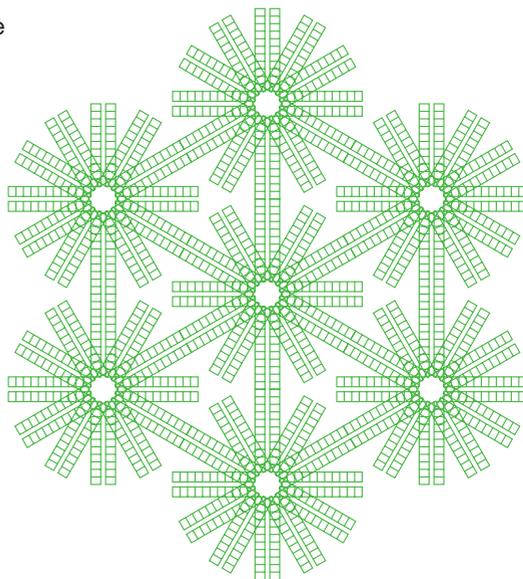
www.treatmentactiongroup.org

São regularmente disponibilizados relatórios relacionados com novos tratamentos para o VHC no site NATAP:

www.natap.org

Uma lista detalhada (que se encontra em constante actualização) de medicamentos em desenvolvimento para o VHC é enviada para o site HCV Advocate:

<http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/hepC/HCVDrugs.html>



Viver com a co-infecção: reduzir o stress e outros factores relacionados com o estilo de vida

Provavelmente, o aspecto mais importante para se lidar com qualquer doença é ter tempo e apoio para obter informação sobre as escolhas que afectam a própria saúde.

Muitas pessoas aproveitam para analisar aspectos da sua vida, tentando reduzir o stress e melhorar a qualidade de vida e a saúde em geral. Algumas destas mudanças de vida podem também reduzir o risco de progressão do VHC, sobretudo a redução ou a eliminação do consumo de álcool.

Aspectos gerais como parar de fumar, comer e descansar adequadamente, diminuir o stress e fazer exercício, são importantes para todos.

Álcool e VHC

Sabe-se que consumir muito álcool é perigoso para o fígado. A ingestão de álcool em quantidades superiores a 50 gramas por dia para os homens e superiores a 30 gramas por dia para as mulheres é considerada excessiva segundo a OMS. Considera-se também que não se deve ingerir mais do que duas a três bebidas por dia no caso do homem e uma a duas no caso da mulher. As bebidas, apesar de serem diferentes, contêm a mesma quantidade aproximada de álcool. Ou seja, um copo de vinho ou uma cerveja ou um copo de Vinho do Porto ou um whisky têm aproximadamente a mesma quantidade

entre si. O consumo exagerado durante um curto período de tempo provoca mais danos no fígado do que beber regularmente.

O álcool danifica o fígado causando inflamação, aumentando o número de cicatrizes, ou seja, a fibrose. Regra geral, quanto menos se bebe, melhor é para o fígado, dado que ninguém estabeleceu qual é a quantidade de álcool segura para as pessoas com infecção crónica por VHC. Beber menos ou parar completamente de consumir álcool pode ser mais importante do que tratar o VHC.

O álcool aumenta a carga viral do vírus da hepatite C, o que torna o tratamento para o VHC menos eficaz. Pode ser por esta razão que estudos antigos realizados apenas com o interferão demonstraram que o tratamento para o VHC não era muito eficaz em pessoas que bebiam álcool (desde então foi substituído por uma combinação de interferão peguilado e ribavirina).

Alguns estudos mais recentes não encontraram diferenças importantes nos resultados do tratamento para o VHC entre pessoas que bebem que não bebem. No entanto, muitos médicos não tratam as pessoas que consomem álcool. No Reino Unido, os indivíduos que bebem grandes quantidades de álcool são excluídos do tratamento para o VHC.

Álcool e dano hepático

O álcool é metabolizado principalmente pelo fígado mas, durante este processo, são fabricados outros produtos que danificam mais o fígado do que o próprio álcool.

A inflamação prolongada devido ao uso contínuo de álcool resulta na produção em excesso de moléculas chamadas “radicais livres”, que podem destruir tecidos sãos do fígado e, conseqüentemente, debilitar a função deste órgão.

O álcool pode também perturbar a produção de antioxidantes, que defendem o organismo contra as lesões provocadas pelos radicais livres.

A combinação da produção excessiva de radicais livres com a perda de antioxidantes pode levar ao aparecimento de lesão hepática.

As mulheres são mais vulneráveis ao dano provocado pelo álcool do que os homens.

Consumir menos álcool ou parar completamente pode ser difícil. Algumas pessoas reduzem, ou deixam de beber, sozinhas; outras, preferem frequentar grupos de apoio ou aconselhamento e outras ainda escolhem a farmacoterapia.

Dicas para reduzir ou evitar o álcool

As seguintes sugestões podem ajudar, quer se decida consumir menos álcool, quer se decida parar.

Se se decide parar completamente:

- Evitar ter em casa qualquer tipo de álcool;
- Evitar pessoas, lugares ou circunstâncias que estimulem o uso do álcool, ou desenvolver um plano para estar preparado e ser capaz de lidar com a situação sem consumir álcool;
- Lembrar-se regularmente das razões por que se deixou de beber e os benefícios que isso irá trazer;
- Tentar não pensar no assunto, envolvendo-se em outras actividades, sobretudo nas horas em que era habitual beber.

Se se decide reduzir:

- Monitorizar a quantidade de álcool consumido. Ser honesto, caso o total pareça pouco razoável. Uma vez estabelecida a quantidade, será mais fácil medir ou monitorizar a melhoria;
- Quando se consome álcool, beber lentamente e ingerir ao mesmo tempo muita água ou sumos;
- Beber às refeições ou após ter ingerido alimentos, pois esta medida abranda a taxa de absorção;
- É recomendável distribuir a quantidade de álcool a consumir durante toda a semana em vez de beber muito de uma só vez.

Drogas recreativas

O fígado é o órgão que processa a maioria das drogas recreativas.

Algumas são mais tóxicas do que outras, mas todas provocam um certo stress sobre o fígado.

Muitas vezes contêm impurezas e ingredientes desconhecidos que também são tóxicos e difíceis de avaliar. Em geral, as drogas injectáveis são mais perigosas, porque ultrapassam o sistema de filtragem do estômago.

Se se usa drogas injectáveis, deve-se utilizar material esterilizado (seringa, colher, carga, filtro, água) o que irá proteger de uma reinfecção por VHC e de outras infecções.

Se se está a pensar reduzir ou parar o consumo de drogas recreativas, pode receber-se ajuda nas consultas especializadas.

Algumas drogas recreativas apresentam interações com medicamentos para o VIH.

Para mais informações consultar:

www.tthivclinic.com/interact_tables.html
www.hiv-druginteractions.org

E o relatório “Cuidados de saúde e o tratamento do VIH nas pessoas que usam drogas”:

www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/delivering_20060801

Fumar

Fumar não faz bem à saúde. Há alguns dados, pouco suportados por evidência científica, que sugerem que fumar pode acelerar a progressão da hepatite C, mas a maioria das pessoas incluídas nos estudos também consumia álcool.

Há consultas de cessação tabágica em alguns hospitais e centros de saúde.

Não é fácil deixar de fumar mas, provavelmente, durante o tratamento para o VHC não é a melhor altura para o fazer.

Enquanto que deixar de fumar pode ser um objectivo importante a longo prazo, pode não ser uma prioridade a curto prazo.

Stress

Muitos dos sintomas do VHC são semelhantes aos do stress e uns podem intensificar os outros.

Informação mais detalhada sobre como reconhecer os sintomas de stress e como reduzi-los está disponível no site *HepCuk*:

www.hepctrust.org.uk



Gordura e peso corporal

As alterações hepáticas são mais comuns nas pessoas com excesso de peso. “Excesso de peso” é, geralmente, definido como um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25. As anomalias podem incluir depósitos de gordura no fígado com inflamação ou fígado gordo. Isto é mais comum nas pessoas que têm diabetes. A gordura no fígado pode provocar hepatomegalia e levar a um aumento das enzimas hepáticas.

As pessoas com excesso de peso e com fígado gordo que reduzem o seu peso, regra geral, melhoram, e as alterações hepáticas relacionadas com a gordura regridem. Perder peso aumenta a probabilidade de ter uma melhor resposta ao tratamento para o VHC.

Quando se tem dificuldade em manter o peso, deve-se consultar um dietista para obter aconselhamento.

Dieta

Uma dieta saudável e equilibrada é importante para a saúde em geral.

Quando há doença hepática, pode ser mais importante evitar ou reduzir certos alimentos. Isto inclui evitar ou reduzir:

- fritos;
- alimentos gordos, sobretudo as gorduras saturadas e hidrogenadas;
- dietas altamente proteicas;
- alimentos com elevado teor de ferro;
- alimentos processados e “fast food”;
- chá e algumas bebidas gaseificadas;
- sal, sobretudo na doença hepática avançada (às pessoas com ascite recomenda-se o uso de menos de 0,5 gr/dia);
- alimentos com aditivos e pesticidas;
- suplementos de ferro (a menos que sejam recomendados pelo médico);
- proteínas – as linhas de orientação para o consumo diário na doença hepática recomendam 1 a 1,5 gramas de proteína por quilograma de peso corporal. Ou seja, uma pessoa com 60 Kg pode comer 60-90 gr de proteína por dia.
- níveis de açúcar – a relação entre o VHC e o risco de diabetes pode ser melhorada, reduzindo o consumo de açúcar refinado, mantendo os níveis de açúcar no sangue mais constantes, passando a consumir pão e massa integral em vez de pão e massa branca, que rapidamente aumentam os níveis do açúcar no sangue.

Recentemente têm surgido alguns estudos que indicam que o café poderá reduzir o risco de evolução para carcinoma hepatocelular.

Medicamentos à base de plantas

Os medicamentos à base de plantas foram usados durante séculos para tratar a doença hepática, mas não podem curar a hepatite C. Até agora, nenhum ensaio clínico demonstrou que os medicamentos à base de plantas são eficazes contra a hepatite C, mas muitas pessoas continuam a usá-los.

Algumas pessoas usam-nos porque o tratamento convencional não funcionou ou porque têm receio dos efeitos secundários da terapêutica para o VHC.

O Cardo Mariano (silimarina) é muitas vezes usado pelas pessoas com hepatite C, embora os ensaios clínicos não tenham encontrado até agora qualquer benefício. Está em curso a investigação sobre a utilização do Cardo Mariano no VHC.

A glicirrizina, raiz-doce ou alcaçuz (*Glycyrrhiza glabra*) também tem sido utilizada, embora não tenha efeito sobre a carga viral da hepatite C. Alguns estudos demonstraram que pode baixar os níveis das enzimas e reduzir o risco de cancro no fígado. No entanto, o seu uso prolongado pode provocar efeitos indesejáveis, tais como pressão alta e retenção de líquidos, que são particularmente graves nas pessoas com cirrose.

Muitas outras combinações de plantas medicinais estão a ser vendidas para tratar o VHC ou para melhorar o fígado. Infelizmente, estes produtos não estão regulamentados e variam na sua pureza.

Alguns, de facto, podem ser prejudiciais para o fígado e outros podem interagir com os medicamentos para o VIH ou outras terapêuticas.

É importante discutir o uso de qualquer planta medicinal ou suplementos com o médico.

Glossário

IMC (Índice da Massa Corporal)

Este cálculo baseia-se na relação entre a altura e o peso.

Ulteriores informações

Um *site* da comunidade dos E.U.A. com informações sobre o tratamento da lipoatrofia
www.facial.wasting.org

Outras hepatites virais

Hepatite A (VHA)

O vírus da hepatite A é eliminado pelas fezes. As pessoas infectam-se quando as fezes infectadas entram em contacto com a boca. Isto pode ocorrer quando os alimentos (incluindo marisco cru ou pouco cozido) ou a água estão contaminados com esgotos, ou quando uma pessoa contaminada toca na comida com as mãos sem as ter lavado, depois de ter ido à casa de banho, através do sexo oral-anal e, muito raramente, através de uma transfusão do sangue.

Existe uma vacina contra o VHA, mas é menos eficaz em pessoas com baixas contagens de células CD4.

Algumas pessoas, sobretudo as crianças, não têm sintomas. Quando estes existem, podem incluir: náuseas, vómitos, diarreia, febre, fadiga, *rash*, icterícia (pele e olhos amarelos), dores abdominais e urina castanho-escura. Não há tratamento para o VHA, mas os sintomas podem ser tratados. A hepatite A não evolui para infecção crónica.

Uma pessoa só pode ser infectada uma vez pelo VHA. Este vírus é eliminado de forma espontânea, geralmente, após dois meses.

Hepatite B (VHB)

O vírus da hepatite B pode ser encontrado no sangue, no esperma e nos fluidos vaginais das pessoas infectadas. Quantidades muito pequenas foram encontradas no leite materno, na saliva e no suor. Uma pessoa pode ser

infectada com hepatite B partilhando material de injeção ou de tatuagem, praticando sexo anal, vaginal ou oral sem protecção ou partilhando objectos de cuidados pessoais (escova de dentes, lâminas e corta-unhas). O VHB pode ser transmitido da mãe ao filho durante a gravidez e o parto.

O VHB pode ser tratado com interferão peguilado e medicamentos antivirais orais, tais como o adefovir, a lamivudina, o entecavir ou o tenofovir. Alguns medicamentos para o VHB são também activos contra o VIH, tais como: lamivudina (3TC), emtricitabina (FTC), tenofovir e entecavir.

Como para o VIH, o tratamento antiviral para o VHB não deve ser administrado em monoterapia nas pessoas com co-infecção. As linhas de orientação sobre co-infecção proporcionam informações detalhadas sobre a escolha dos medicamentos. Por exemplo, actualmente, recomenda-se iniciar o tratamento para o VIH mais cedo e incluir na combinação terapêutica anti-retroviral tenofovir mais 3TC ou FTC.

Uma outra precaução muito importante é a de que o tratamento para o VHB não deve ser interrompido a menos que a infecção seja completamente eliminada. A paragem dos medicamentos para o VHB pode causar um grave e repentino aumento das enzimas hepáticas, que pode ser fatal.

Se for necessário mudar de tratamento, os medicamentos para o VIH que são activos para o VHB devem ser mantidos na combinação terapêutica alternativa.

Infeções por outras hepatites virais

Há menos estudos sobre a co-infecção com outras hepatites virais. Estas incluem:

Hepatite D: uma infecção que ocorre apenas em algumas pessoas com hepatite B. O VHD aumenta o risco de cirrose e a taxa de progressão da doença hepática nas pessoas com VHB. A vacina de protecção contra o VHB também protege da infecção pelo VHD.

Hepatite E: é uma infecção com características semelhantes à hepatite A. O VHE é eliminado sem tratamento, após várias semanas ou meses. Não há vacina para o VHE. Uma pessoa pode ser infectada por este vírus apenas uma vez. Geralmente não é grave, excepto durante a gravidez.

Hepatite F: considerou-se que fosse um novo vírus semelhante ao da hepatite B, mas a investigação recente não confirmou isso.

Hepatite G (VHG): é um vírus com semelhanças estruturais ao da hepatite C. O papel e a importância da hepatite G não estão esclarecidos, sobretudo em indivíduos com VIH. Alguns estudos sugerem que a hepatite G pode abrandar a progressão do VIH. Outros estudos sugerem que a eliminação da hepatite G pode tornar a infecção pelo VIH mais grave.

Aspectos controversos da transmissão da hepatite C

Esta brochura inclui aspectos dos cuidados que são actualmente controversos e que podem mudar à medida que nova informação venha a tornar-se disponível. Estes aspectos incluem:

Transmissão sexual

O risco da transmissão sexual do VHC é muito baixo em casais heterossexuais, monogâmicos e seronegativos para o VIH (em que um parceiro tem VHC), mas é mais elevado nos homens seropositivos que têm sexo com homens. O mecanismo envolvido na transmissão sexual entre homens seropositivos que têm sexo com homens continua por esclarecer.

Segurança da ingestão de álcool ligeira a moderada

Sabe-se que a ingestão pesada de álcool pode causar dano hepático nas pessoas que não têm hepatite C. Nas pessoas com hepatite C, a ingestão de mais de 50 gramas/dia (equivalente a 4-5 copos de vinho ou garrafas de cerveja) acelera o dano hepático. Não foi determinada uma dose de álcool segura para as pessoas com hepatite C. A maioria dos médicos aconselha os doentes com hepatite C a absterem-se completamente de álcool ou a tomar apenas uma bebida em ocasiões especiais.

Biopsia ao fígado

Alguns especialistas requerem uma biopsia antes de tratar a infecção pelo VHC, independentemente do estatuto para o VIH ou do genótipo da hepatite C, porque acreditam que é o único método fiável para avaliar a causa e a extensão da fibrose e da inflamação. Outros consideram que uma biopsia ao fígado é apenas necessária para as pessoas co-infectadas com o genótipo 1 da hepatite C porque o tratamento é menos eficaz e, se o dano hepático for ligeiro, o tratamento pode ser adiado. Alguns médicos dão-se conta que a biopsia do fígado é uma grande barreira para muitas pessoas e começaram a adoptar técnicas menos invasivas, tais como o Fibroscan® e análises ao sangue.

Acesso ao tratamento – pessoas que bebem álcool

As linhas de orientação para o tratamento do VHC recomendam a abstinência alcoólica ou apenas o consumo ocasional durante o tratamento do VHC. Muitos médicos não tratam pessoas que não param de beber, porque o álcool pode ter um impacto negativo sobre a adesão e os resultados do tratamento para o VHC.

Acesso ao tratamento – UDIs

Os custos do tratamento podem também ser um factor. Por outro lado, porque o álcool faz com que haja progressão rápida da hepatite C, as pessoas que bebem estão em maior risco de desenvolver problemas hepáticos graves e devem ser tratadas, uma vez que as

orientações recomendam o tratamento a pessoas que se encontram em risco de progressão da doença para cirrose.

Os utilizadores de drogas injectáveis, muitas vezes, não têm acesso ao tratamento, mesmo no caso de haver necessidade médica, vontade de o fazer e linhas de orientação para o tratamento que recomendam tomar decisões caso a caso.

Alguns médicos preferem não tratar pessoas que usam drogas por causa de receios relativos aos efeitos psiquiátricos indesejáveis do tratamento para o VHC, à adesão, à reinfeção, aos resultados do tratamento e ao custo da terapêutica do VHC. Mas os UDIs podem e têm sido tratados para o VHC, apesar do consumo de drogas. Programas de sucesso para os UDIs foram proporcionados pelo apoio entre pares e grupos de educação, demonstração de técnicas de injeção mais segura, encaminhamento para programas de trocas de seringas, cuidados de saúde mental e tratamento da dependência de drogas, em conjunto com o tratamento para o VHC.

Durante quanto tempo tratar o genótipo 2 e 3

Na mono-infecção pelo VHC, a duração do tratamento da hepatite C depende do genótipo e pode ser adaptada à resposta individual. As pessoas com genótipo 2 e 3 são geralmente tratadas durante seis meses. As pessoas co-infectadas são geralmente tratadas durante um ano, independentemente do genótipo para o VHC, dado que foi relatada

uma taxa mais elevada de recidiva nas pessoas co-infetadas com genótipo 2 ou 3 que foram tratadas durante seis meses versus um ano. Mas, seis meses podem ser suficientes para as pessoas co-infetadas com genótipo 2 ou 3, se forem respondedores virológicos rápidos e se a dose de ribavirina for adaptada ao peso.

Retratamento: Interferão convencional

Num pequeno estudo, cerca de 30% de 61 pessoas co-infetadas que não tinham tido uma resposta virológica precoce ao interferão peguilado mais ribavirina tiveram uma resposta virológica sustentada após terem mudado para injeções diárias de interferão convencional mais ribavirina, adaptada ao peso, durante 72 semanas.

Embora ninguém tenha interrompido o tratamento, os sintomas semelhantes à gripe eram comuns e as contagens dos glóbulos brancos e vermelhos desceram (neutropénia e anemia). Mais de metade precisou de tratamento com um factor de crescimento, para a anemia, quase metade para a neutropénia e cerca de quinze por cento necessitou de tratamento para ambos. No entanto, o interferão convencional não foi aprovado para o uso em pessoas seropositivas.

Acesso mais precoce aos medicamentos experimentais para o VHC

Actualmente, os medicamentos experimentais para o VHC estão sempre e apenas disponíveis nos ensaios clínicos para as pessoas seronegativas para o VIH. Isto reduz o risco de interrupção de ensaios clínicos de medicamentos prometedores devido a resultados negativos relacionados com o VIH ou com os medicamentos para o VIH.

No entanto, há pessoas seropositivas para o VIH que precisam urgentemente destes tratamentos e muitos não podem esperar até que os medicamentos sejam primeiro aprovados nas pessoas seronegativas, para depois serem estudados nas pessoas com co-infecção.

Os investigadores e as empresas devem desenvolver programas de acesso precoce aos medicamentos prometedores, num modo semelhante ao dos medicamentos para a infecção pelo VIH, de forma a disponibilizá-los antes de serem licenciados, em programas com autorização nominal de uso e em ensaios de segurança.

VIH e VHC: semelhanças e diferenças

Características	VIH	VHC
Tipo de vírus e via de transmissão	Transmite-se pelo sangue, esperma, fluidos vaginais e leite materno	Transmite-se através do sangue; também pode estar presente no esperma e nos fluidos vaginais
Ocorrência da transmissão sexual	A transmissão sexual é comum	A transmissão sexual é menos frequente, sobretudo entre casais heterossexuais, mas ocorre entre homens seropositivos para o VIH que têm sexo com outros homens
Risco de transmissão vertical (mãe-filho)	O risco de transmissão vertical pode ser reduzido drasticamente com o uso de terapêutica anti-retroviral	O risco de transmissão vertical é mais elevado se a mãe é seropositiva para o VIH.
Risco através da amamentação	O VIH pode ser transmitido através da amamentação	Considera-se que o risco de transmissão através da amamentação é muito baixo (a não ser que os mamilos da mãe estejam gretados ou com feridas sangrantes)
É para toda a vida?	Sim (no estado actual do conhecimento).	Nem sempre crónico (pode ser eliminado/tratado)
Risco de reinfeção	A reinfeção com o VIH ocorre. Em muitos casos, não tem implicações graves, a não ser que o vírus seja resistente aos medicamentos (casos de reinfeção deste tipo foram relatados, mas ninguém sabe com que frequência ocorrem). A reinfeção está actualmente a ser objecto de investigação	A reinfeção com o vírus da hepatite C é possível. Se ocorre com um genótipo diferente, pode tornar o tratamento mais difícil: por exemplo, se alguém com o genótipo 2 do VHC é reinfectado com o genótipo 1. A eliminação natural do vírus pelo sistema imunitário ou com tratamento não protege de uma reinfeção no futuro.

Características	VIH	VHC
Infeciosidade fora do organismo?	O VIH é um vírus frágil; morre rapidamente fora do organismo humano.	O VHC é um vírus mais resistente; pode viver fora do organismo humano durante dias.
O tratamento é sempre necessário?	O tratamento nem sempre é necessário de imediato, mas a maioria das pessoas inicia o tratamento numa determinada altura. Um grupo reduzido de pessoas seropositivas (menos de 5%) apenas inicia o tratamento tardiamente (15 anos após a infecção).	O tratamento nem sempre é necessário. Algumas pessoas eliminam o vírus naturalmente e outras não chegam a ter sintomas, mesmo quando a infecção é crónica.
Velocidade da progressão	As pessoas podem viver muitos anos com o VIH sem sintomas (em média 5-8 anos sem tratamento)	As pessoas podem viver com o VHC durante muitos anos sem sintomas (em média mais de 10-15 anos para as pessoas co-infetadas)
Efeito do tratamento sobre a carga viral	Os níveis do VIH no sangue podem ser suprimidos com o tratamento	O VHC pode ser erradicado da corrente sanguínea, caso o tratamento seja bem sucedido
Duração do tratamento	O tratamento é, em regra, vitalício	O tratamento, geralmente, dura um ano ou menos
Impacto da carga viral sobre a velocidade de progressão da doença	A carga viral está relacionada com a progressão da doença	A carga viral está relacionada com a resposta ao tratamento, mas não com a gravidade da doença ou progressão
Escolha do tratamento	Mais de vinte medicamentos disponíveis, que actuam especificamente no vírus	Actualmente, o tratamento é uma combinação terapêutica constituída por interferão peguilado mais ribavirina, dois medicamentos que não actuam de modo específico sobre o vírus.
Investigação	Estão actualmente a ser desenvolvidos medicamentos pertencentes às classes já existentes e medicamentos de novas classes.	Estão actualmente a ser desenvolvidos medicamentos pertencentes às classes já existentes e medicamentos de novas classes.

Glossário

ALT (alanina aminotransferase ou transaminase glutâmico pirúvica; GPT ou TGP)

Uma enzima hepática chave produzida nas células do fígado. A ALT é monitorizada por rotina nas pessoas seropositivas para o VIH, que estão a fazer o tratamento ARV, para detectar toxicidade hepática devida à medicação para o VIH (ou outra medicação). Um nível elevado de ALT assinala a presença de dano hepático, mas não indica a gravidade do dano.

Antioxidante

Uma substância que reduz a lesão oxidativa (lesão provocada pelo oxigénio), como a que é causada pelos radicais livres.

Ascite

Acumulação anormal de fluidos no abdómen; nas pessoas com hepatite C é um sinal de lesão grave do fígado.

AST (aspartato aminotransferase; transaminase glutâmico-oxalo-acética; GOT ou TGO)

Uma enzima que é fabricada em muitos locais do corpo (coração, intestinos, músculos) que é (como a ALT) monitorizada por rotina nas pessoas seropositivas para o VIH, que estão a fazer o tratamento ARV, para detectar toxicidade hepática devida à medicação para o VIH (ou outra medicação). Um nível elevado da AST que é produzida especificamente no fígado, assinala a presença de dano hepático, mas não indica a gravidade do dano.

Auto-anticorpo

Anticorpo anormal produzido contra os tecidos do próprio organismo.

Biopsia

Retirar uma pequena amostra de tecido para examinar e testar em laboratório.

Canal biliar

Um tubo que transporta a bÍlis do fígado para a vesícula biliar e de seguida para o intestino delgado.

Cirrose

Fibrose hepática grave (ver fibrose) que impede o fígado de realizar as suas funções.

Co-infecção

Infecção com mais de um vírus.

Crioglobulinémia

Níveis elevados, no sangue, de proteínas anormais, chamadas crioglobulinas, que podem provocar uma inflamação dos vasos sanguíneos e tornar o sangue mais espesso.

Encefalopatia

Função cerebral degenerativa ou doença. Alteração das funções mentais. Pode manifestar-se por confusão, desorientação e mesmo coma.

Encefalopatia hepática

Alterações cerebrais que ocorrem quando um dano hepático grave não permite a filtragem de substâncias tóxicas presentes no sangue e que vão actuar sobre o sistema nervoso central.

Enzima

Proteína produzida pelo organismo, que acelera outras reacções químicas.

Estadio

Na hepatite C, refere-se ao grau de fibrose que se encontra numa biopsia. É geralmente medido com a escala Metavir, de 0 a 4, onde 0 representa ausência de fibrose e 4 cirrose, ou na escala Knodell, de 0 a 6, onde 0 representa ausência de fibrose e 6 cirrose.

Falência hepática fulminante

Repentina e rápida progressão da doença relacionada com falência hepática.

Fibrose

Cicatrizes hepáticas ligeiras a moderadas (ver cirrose).

Fibrotest

Teste que usa os resultados dos testes ao sangue para prever o dano hepático e que poderá tornar-se uma opção alternativa à biopsia hepática em alguns doentes.

Fibroscan®

Ecografia não invasiva, que mede a “elasticidade” ou rigidez do fígado.

www.youtube.com/watch?v=E4ZGmKooA

Genótipo

Diferentes tipos de vírus da hepatite C. O genótipo do VHC é o factor que melhor nos permite prever a resposta ao tratamento.

Gradação/grau

O grau de infecção da hepatite refere-se à quantidade de inflamação nos tecidos hepáticos encontrados na biopsia. É, geralmente, medido com a escala de Ishak de 1 a 18, onde 0 é nenhuma e 18 é o máximo.

Hepatotoxicidade

Termo médico para designar os efeitos indesejáveis dos medicamentos sobre o fígado. Lesão hepática provocada por medicamentos ou produtos naturais.

Hipertensão portal

Aumento da pressão arterial (hipertensão) nos vasos que transportam o sangue ao fígado.

Icterícia

Um sintoma comum na hepatite, que resulta de níveis elevados de bilirrubina, manifestando-se numa cor amarelada na pele e nos olhos.

IMC (Índice de Massa Corporal)

Cálculo da relação entre a altura e o peso, utilizado para determinar se existe excesso ou falta de peso. Há muitos calculadores online:

www.nhlbisupport.com/bmi/

Interferão Peguilado

Tratamento para a hepatite C, administrado em combinação com a ribavirina, numa injeção uma vez por semana.

ITR (Inibidor da Transcriptase Reversa)

Classe de medicamentos para o VIH, que podem ser nucleósidos ou nucleótidos.

ITRNN (Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Nucleósidos)

Uma classe de medicamentos para o VIH.

Mono-infecção

Infecção por um único vírus.

IP (Inibidor da Protease)

Tipo de medicamento para o VIH. Os Inibidores da Protease para o VHC estão em desenvolvimento.

Radical livre

Substância química produzida após uma reacção molecular, que contém muitas vezes oxigénio e que tem um electrão sem par “livre” na sua superfície exterior. Isto torna-a capaz de reagir e danificar outras células e, talvez, aumentar o risco de doença cardiovascular, neoplasia e envelhecimento.

Ribavirina

Medicamento usado para potenciar a eficácia do interferão peguilado. É administrado em comprimidos, duas vezes por dia.

RFT (resposta no fim do tratamento)

Carga viral indetectável para o VHC no fim do tratamento para a hepatite C. (ver RVS).

RVP (Resposta Viroológica Precoce)

Uma descida de 99% (ou 2 log) na carga viral do VHC, após 12 semanas de tratamento.

RVR (Resposta Viroológica Rápida)

Carga viral do VHC indetectável após 4 semanas de tratamento. Actualmente, a RVR é apenas usada em investigação, não se usa na prática clínica diária. Uma RVR é um bom sinal, mas o tratamento para o VHC não deve ser interrompido caso não se obtenha às 4 semanas.

RVS (Resposta Viroológica Sustentada)

Carga viral do VHC indetectável seis meses após ter acabado o tratamento. Esta resposta determina se o tratamento foi eficaz na eliminação do VHC. A RVS é o resultado mais importante num ensaio clínico sobre terapêutica para o VHC.

Toxicidade

Termo usado para indicar o grau em que uma substância é nociva para os doentes.

UDI

Utilizador de Drogas Injectáveis.

Varizes

Veias dilatadas que podem romper. É uma complicação da cirrose.

Testemunho 1

Neste nosso país onde a doença é o mais sagrado desporto e tema de conversas, quem não terá ouvido falar de mazelas como “espandiloses”, “úrsulas” ou “al-morródias”? Desérticas maleitas à parte, outras mais modernas se erguem e bem mais problemáticas. São pouco atraentes, porque invisíveis e assim beneficiam de um prolongado esquecimento num limbo que pode durar muitos e muitos anos.

A hepatite C é uma destas modernices do nosso tempo. Discreta, sofisticada e cara, não fará as delícias dos hipocondríacos militantes. Simplesmente não se nota até a uma fase final, em que até poderá ser habilidosamente justificada com um pesaroso abanar de cabeça e a dramática confissão:

- ...pobrezinho(a), está com um “câncaro” no fígado.
- Mas se não bebia!
- Pois não, mas há coisas e coisas e ele “adevia” andar a fazer outras coisas e diz-se qu’à noite tomava “pastilhas daquelas”... (piscadela de olho, em tom de insinuação).

Pois é, a hepatite C é assim. Vive-se com ela mais de quinze anos, continuamos a fazer a nossa vida sem problemas, até que um dia o médico decide que já é tempo de se fazer qualquer coisa, até porque há uma solução que não sendo absolutamente certa, pode tirar-nos esse peso de cima e, para grande infelicidade dos apiedados do costume, impedir-los de mais conversetas de tasca.

A primeira regra que aconselho será não se prepararem minimamente para o tratamento. Encarem-no como uma simples dor de cabeça a precisar de uma aspirina e nada mais. Não se ponham a pesquisar freneticamente na net e a ler dramáticos testemunhos de gente que “em duas semanas

envelheceu duas horas” e outras sandices do costume. Não leiam nenhum dos folhetos que vêm incluídos nas caixas dos medicamentos prescritos. São um tipo de literatura de cordel, cujo fim se destina apenas a salvaguardar os bolsinhos interesseiros das empresas farmacêuticas que por outras bandas, sofrem, coitadas, com numerosos processos de pedidos de indemnização por parte de futuros ex-doentes ultrajados pela experiência. Há gente que recorre a todas as hipóteses de totoloto.

Comecem a tomar a medicação num dia certo, por exemplo um domingo do início de um dado mês. Facilita-vos a contagem e o controlo da situação. A injeção na barriga não dói coisa alguma e ao contrário das lendas e narrativas que correm entre as carpideiras profissionais, não me parece que os efeitos sejam algo de dramático. Sinceramente, as pastilhas que acompanham quotidianamente a nossa vida durante perto de um ano têm efeitos menos agradáveis, sem que com isto – utilizando as palavras de Hiro Hito - queira afirmar “termos de suportar o insuportável”. A perspectiva da vitória final é uma séria possibilidade a ter em conta e ajuda sobremaneira a encarar o frete.

Consequências imediatas? Algumas, embora possam ser mitigadas por aqueles que não imaginam mais do que aquilo que verdadeiramente sentem. Uma certa sonolência após a toma matinal é precisamente o que me acompanhou nas primeiras semanas, sem que outros efeitos fossem particularmente notados. Com o passar dos meses, poderemos ter algumas pequenas e quase insignificantes reacções cutâneas que o uso de um creme apropriado resolverá. É que a nossa pele deve possuir uma oculta forma de inteligência e, assim, este tipo de “vulcanismo” mitigado vai migrando de zona em zona, podendo começar pelo alto das costas e, após o ataque da pomada, decidir instalar-se no peito e daí para as canelas, braços, etc. Nada de

extraordinário, mas apenas irritante pela insistência. Quanto à alegada medievalesca cadaverização galopante das nossas pobres carcaças, nada existe de mais contestável. Podemos perder um pouco de massa muscular, mas não é coisa que não possa ser evitada com teimosa persistência no ginásio. Para mais, a frequência de tal lugar é, para todos os efeitos, benéfica. Mantém-vos na rotina e cerca-vos de exemplos visuais que vos ajudarão a persistir e a não se isolarem disparatadamente. É claro que sentirão algumas anomalias, ditadas provavelmente por uma progressiva anemia, que vos fará sentir ofegantes e com um batimento cardíaco aparentemente mais acelerado. De vez em quando, algumas tonturas e sensação de perda de equilíbrio. A resposta será comerem de imediato qualquer coisa. Alguma irritação ditada pelo processo de semi-sonambulismo a que nos votámos poderá perturbar quem convosco conviva. O melhor a fazer será retirarem-se da vista dos outros assim que estiverem conscientes da iminência de um ataque de raiva. Aproveitem para dormir ou visionar um filme num qualquer canal da TV. É eficaz e ajuda-vos a não serem encarados como uma espécie de “gremlins” maçadores e prepotentes. Se tiverem animais de estimação, melhor ainda. São uma preciosa ajuda e por regra, não vos deixam desacompanhados.

Algumas pessoas poderão eventualmente ter alguns desarranjos intestinais, mas nada que se possa comparar a uma longa farra num rodízio com feijão em quantidades industriais. Nada. Trata-se apenas de uma maior frequência da casa de banho, coisa a que a nossa alimentação deficiente nos habituou a fazer de forma espaçada e não muito saudável. Há males que acabam por forçar a natureza a seguir o seu curso e assim, aproveitem para essa regularização em falta.

Pouco mais poderei dizer-vos acerca deste assunto. Se excluir um enorme apetite (bem ao contrário daquilo que os papelinhos da posologia diziam), o tal desconforto pelos químicos que parecemos farejar por todo o lado (uma mania...), uma pequena perda de peso, de cabelo e as tais actividades sanitárias, verão que o tratamento não é o drama que muitos pensam. Infelizmente, as produtoras de medicamentos podiam ser mais simpáticas e tentar trazer outros artigos menos desagradáveis. No entanto, muito tem sido feito e ao fim dos meses de tomas a tempo e diárias, evitarão que o vizinho coscuvilheiro diga coisas do género:

- Pois é, ele “tava” com uma cirrose nas miudezas... Diz-se que era um alcoólico “invertibrado”, além de ter uma “úrsula” na barriga e uma “al-morródia” do tamanho de uma beringela. Coisas da pinga, das noitadas, dos deboches. Quem as faz, paga-as! Mas era boa pessoa...

Testemunho 2

Infectei-me no Verão de 94. Tenho a certeza desse facto, pois era utilizadora de heroína injectável na altura e num dia daqueles maus, em que o dinheiro é pouco e divide-se uma dose para não ressacar, a minha “coleguita” alertou-me que só tinha a seringa dela usada e que ela era portadora de Hepatite C.

Devo confessar que na altura estive-me pouco lixando para esse facto, o importante era tirar a ressaca.

Não havia muita informação acerca do que era a Hepatite C, mas já havia alguma e apesar de a ter, optei por mesmo assim partilhar material, e essa não foi a única vez, mas a primeira de muitas ainda durante cerca de 2 anos. Por sorte hoje sou apenas portadora de VHC.

Em Dezembro de 1996 nasceu a minha filha Raquel. Eu e o meu marido éramos ambos portadores de VHC e estávamos em recuperação do uso de drogas pelo modelo Minnesota. Pela primeira vez preocupei-me seriamente com esta doença e pelo facto de um ser que eu amava correr riscos de ser portador de uma doença indesejável e sem culpa nenhuma. A Raquel felizmente é portadora de anti-corpos, funcionando como uma vacina, não tendo adquirido a doença.

Vivíamos em Madrid e regressámos em 1997 para o Algarve, onde residi nos últimos 12 anos. Em 2003 numa consulta de rotina e por sugestão médica fui enviada para a consulta do Dr. Mário César Moraes, do Hospital do Barlavento Algarvio.

Após uma biopsia fui diagnosticada com o genótipo 3, um dos mais tratáveis, e sendo uma doente com valores relativamente baixos de transaminases, era passível de ser bem sucedida na recuperação a 100% do tratamento. Por razões de instabilidade emocional, profissional e outras fui adiando o tratamento, apesar da frequente sugestão para ser uma das candidatas com potencial de sucesso ao tratamento.

Devo confessar que também coexistia o medo do próprio tratamento na minha decisão de adiar, pois muitos dos meus amigos já se tinham submetido ao mesmo e, nos seus testemunhos, as imagens que eu recolhia não eram muito boas. Uma das coisas que muitas vezes defendo é que, no meu caso específico, o facto da existência de muita informação fez-me adiar muitas vezes a decisão.

Mudei para Almada e, com a ajuda do Dr. César, mudei-me para o Dr. Leopoldo Matos do Hospital Egas Moniz. E mais uma vez, devido às sequelas do meu divórcio litigioso, adiei o tratamento até Maio de 2009.

Terminei em Novembro de 2009, não consegui o objectivo principal porque falhei algumas doses no final do tratamento, e, embora tenha baixado os valores das transaminases, não negativei como se pretendia.

Tendo tido um passado com a utilização de heroína injectável, devo dizer que existiram muitas associações, com as seringas e a vontade de consumir para “aliviar” não sei o quê! Houve alguma dificuldade no acertar dos anti-depressivos que me auxiliassem neste processo, pois o meu organismo habituado ao uso de drogas e substâncias diversas, não reage muitas vezes como se espera. Uma das coisas mais dolorosas para mim foi o facto de não dormir muitas vezes, 2 a 3 dias de seguida, ficando com os “miolos fritos” e outra foram os terrores nocturnos, pois eu que raramente me lembro de sonhos, passar dias inteiros a sonhar com carnificinas familiares, foi assustador. Estive muitos dias sem perceber qual o significado de viver e com vontade de morrer e tenho plena consciência de que tudo isso é resultado dos efeitos secundários deste tratamento.

Pessoalmente, a utilizadores de drogas quer no activo ou no passivo, aconselho que procurem antecipadamente uma preparação médica psiquiátrica, pois o facto de estarmos bem medicados antes de se começar um tratamento tão agressivo ajuda. Durante o tratamento, tentar encontrar o medicamento adequado e mudar de terapêutica várias vezes, não me ajudou. Esta será uma das coisas que mudarei se me propuser a fazer de novo este tratamento.

Esta doença terá cerca de 25 anos de estudo, creio eu, e variados são os relatos de quem se propôs a fazer este tratamento no meu círculo de amigos. A uns bastou uma vez, outros repetiram 2 e 3, outros não conseguiram fazê-lo de todo. Como alguém uma vez me disse, cada corpo é um organismo e o que resulta para uns não tem de servir a outros, mas vale a pena tentar, eu acredito que sim, apesar de tudo.

Testemunho 3

O meu nome é M.^a João, tenho 37 anos e sou adicta em recuperação há 11 anos, diagnosticada com VHC em meados de 1990, e com VIH no dia 6 de Outubro de 1995.

Irei tentar resumir ao máximo, apesar de me parecer difícil contar a minha história de co-infecção numa folha A4, ainda mais porque a minha história não é pessoal, mas sim familiar.

Como já disse, não sei precisar especificamente a data em que descobri que era portadora de hepatite C, pois na altura ainda estava a consumir drogas (heroína e cocaína) e tenho várias “brancas” na minha vida em relação ao meu tempo de uso. No entanto, lembro-me perfeitamente do que senti na altura, estava a viver em Leiria, numa das minhas muitas geográficas tentativas de deixar as drogas. Tinha vindo a Lisboa buscar as análises, como desculpa para poder vir ao Casal Ventoso comprar droga, e fui levantar as análises e fui logo para Leiria, sem ter sequer me ter dado ao trabalho de abrir o envelope. Só no dia seguinte vi as análises e constatei que tinha hepatite C, ou melhor, “não-A, não-B”... entrei em pânico, nem sequer tinha conhecimento de haver tal tipo de hepatite, só tinha conhecimento na altura da existência da hepatite A e B. Falei com a minha prima e acabámos por ir nesse mesmo dia ao Hospital de Leiria ter com um médico amigo dela, e ele também não conhecia este novo tipo de hepatite. Em desespero, lembro-me que liguei na altura para todo o tipo de linhas de ajuda, SOS sida, SOS drogas, etc. Ninguém sabia nada acerca do assunto. Resolvi então camuflar este sentimento de pânico com as drogas, acabando por vir embora de Leiria mais agarrada do que fui para lá.

As drogas têm essa característica de esconder sentimentos e emoções, voltando só a lembrar-me e a preocupar-me com o facto de ter VHC perto da altura do nascimento do meu filho em 1995.

A 25 de Novembro de 1995 tive o meu filho, e aí sim as preocupações foram mais do que muitas, pois tinha medo que o meu filho ficasse infectado com HIV ou VHC. Na altura nunca deram muita importância ao facto de eu ter hepatite C, preocuparam-se apenas com o facto de eu ser seropositiva, mesmo com as minhas perguntas constantes acerca da possibilidade do meu filho ter sido infectado com hepatite C, penso que na altura não pensavam ainda na transmissão vertical de VHC.

Em 1998, quando me deram a feliz notícia que o meu filho era definitivamente seronegativo para o HIV, deram-me a notícia que ele era seropositivo para o VHC e que teria que ser passado com urgência para as consultas de gastroenterologia. Nesse dia o mundo desmoronou. Nessa altura estava limpa de drogas há relativamente pouco tempo e senti tudo: sentimento de culpa, pânico, confusão, raiva de nunca terem dado importância ao facto de eu ter hepatite C, incredibilidade, etc.

Nas consultas de gastroenterologia foi-me dito que o caso do meu filho estava muito mal, que teria que ser submetido urgentemente ao tratamento para a hepatite C, não podendo esperar pelos 12 anos (idade em que se fazia tal tratamento) pois não sobreviveria. Nem queria acreditar, o meu filho, que nunca tinha estado doente, era uma criança super activa, bem constituído, e agora vinham-me dizer que tinha que fazer o tratamento de interferão. Senti que estavam a querer estudar o meu filho (coisa que depois eu própria autorizei a fazerem), que o estavam a discriminar porque os pais eram

adictos, que ele não precisava de tratamento nenhum, já que sempre tinha sido uma criança saudável, e por isso levei cerca de 2 anos a aceitar que ele fizesse a biopsia hepática para começar o tratamento. O resultado da biopsia hepática ditou que o meu filho tinha mesmo que fazer o tratamento interferão durante cerca de 1 ano (já que o tipo dele era 1-A e tinha grau de fibrose 3).

Novamente aqui está uma coisa que nunca me conseguiram explicar como era possível. Eu sou VHC 1-B, o pai do meu filho é VHC 3-A e o meu filho é VHC 1-A. Porquê?

Acabei, depois de muito ponderar, de muita negação por aceitar que o meu filho de facto tinha mesmo que fazer o tratamento de Interferão alfa-2a (dia sim, dia não) e não da forma habitual de 3 vezes por semana juntamente a 2 cápsulas + 2 cápsulas de Rebetol 200 mg durante 1 ano. Já que ele teria mesmo que ser submetido ao tratamento, autorizei que o caso do meu filho fosse estudado, achando que se pudesse um dia mais tarde ajudar outras crianças, ótimo.

Foi muito doloroso o tratamento do meu filho, eu ou o pai administrávamos-lhe a injeção à noite e no dia seguinte o menino nunca conseguia ir para o infantário, pois tinha sempre febre à volta dos 40°, tinha muitas dores no corpo e vomitava o dia inteiro. Foi um ano de martírio, dia sim, dia não levava a injeção e dia sim, dia não tinha que faltar ao infantário. Eu fazia questão de o levar ao infantário por achar que era bom para ele continuar a conviver com os amiguinhos e que seria menos traumatizante para ele.

Sinto que tomei a decisão certa ao permitir que o meu filho fizesse o tratamento aos 4 anos, pois, apesar de ser uma tenra idade, hoje o meu filho com cerca de 14 anos poucas memórias tem do tratamento. Aliás, ainda há poucos dias falei com ele acerca do tratamento por causa do testemunho

e ele disse-me que não se lembra de nada, que só tem recordação da segunda biopsia hepática que fez (há 2 anos após terminar o tratamento).

O meu filho entrou em fase de remissão (curou?), ainda hoje é vigiado pela gastroenterologista e de 2 em 2 anos faz análises e vai a uma consulta da especialidade.

Na mesma altura, o pai do meu filho fez também o tratamento de Interferão alfa-2a 3 vezes por semana juntamente a 2 cápsulas + 3 cápsulas de Rebetol 200 mg, durante 6 meses. Durante o tempo do tratamento, só teve 1 dia de febre e nunca deixou de trabalhar, pois nunca teve efeitos adversos à medicação. O pai do meu filho entrou em fase de remissão (curou?).

Após 2 tratamentos consecutivos para a tuberculose, as minhas transaminases disparam e, como já tinha fibrose, tive que iniciar tratamento para a hepatite em 2004 com interferão peguilado 1,5 µg/Kg e ribavirina 800 mg durante 12 meses. Necessidade de anti-piréticos e anti-depressivo. ARN VHC <600 UI (abaixo do limite de detecção do teste na altura) no final do 3º mês, com recaída após terminar o tratamento.

Foi um ano para esquecer na minha vida, tive febre que não baixava dos 40º durante cerca de 9 meses, vômitos (levava os dias agoniada), perda de apetite, perda de peso (cheguei aos 40 quilos), dores musculares e de ossos, queda de cabelo, depressão... incluindo pensamentos suicidas, nada nessa altura me fazia sentido, sentia que não prestava para nada, foi um ano da minha vida em que fazer um almoço e um jantar para mim era trabalho para o dia todo e mesmo assim andava sempre cansada, passava os dias deitada no sofá e ia fazendo o comer aos poucos. E a isto se resumiu um ano da minha vida em idas constantes ao médico e estar deitada no sofá a chorar de dores e por causa da depressão

e a desejar que o dia do fim chegasse. No entanto, com muito sofrimento, finalizei o tratamento, que não resultou.

Apesar do fracasso do tratamento, tenho consciência que o meu fígado melhorou.

Iniciei em 2007 o meu 2º tratamento com interferão peguilado alfa 2-a 180 mcg e ribavirina 1000 mg durante 18 meses, com utilização de eritropoetina. Necessidade de anti-depressivo e de transfusões de 1 unidade de concentrado de eritrócitos. ARN VHC 5256620 UI antes do tratamento, 36 UI no final do 3º mês. <30 UI (abaixo do limite de detecção) ao 6º mês, no final do tratamento e 6 meses após o seu término.

Entrei em fase de remissão (curei?).

Este tratamento foi bem diferente do primeiro, tinha febre, mas não constante e nunca acima dos 39º, nunca tive vômitos nem perda de apetite, mas perdi muito peso (novamente fui aos 40 quilos), dores musculares bem mais suportáveis que no 1º tratamento, queda de cabelo e pele muito seca, voltou a depressão (mas nunca tive pensamentos suicidas), anemia muito baixa e constante e muito cansaço. Para este tratamento, apesar de ter sido bem diferente do primeiro, não deixei de precisar de muita força de vontade para terminá-lo, as idas ao hospital eram semanais para controlo da anemia e, apesar de ter feito eritropoetina semanalmente durante quase todo o tratamento, a hemoglobina teimava em descer cada vez mais, tendo que ter sido submetida a transfusões de sangue constantes a fim de aguentar o tratamento até ao fim. Havia indicações para parar o tratamento desde o 6º mês, devido aos baixos níveis de hemoglobina, mas eu pedi à minha médica para tentarmos a todo o custo acabá-lo e ainda bem que assim foi, pois pelos vistos – e até agora – deu resultado.

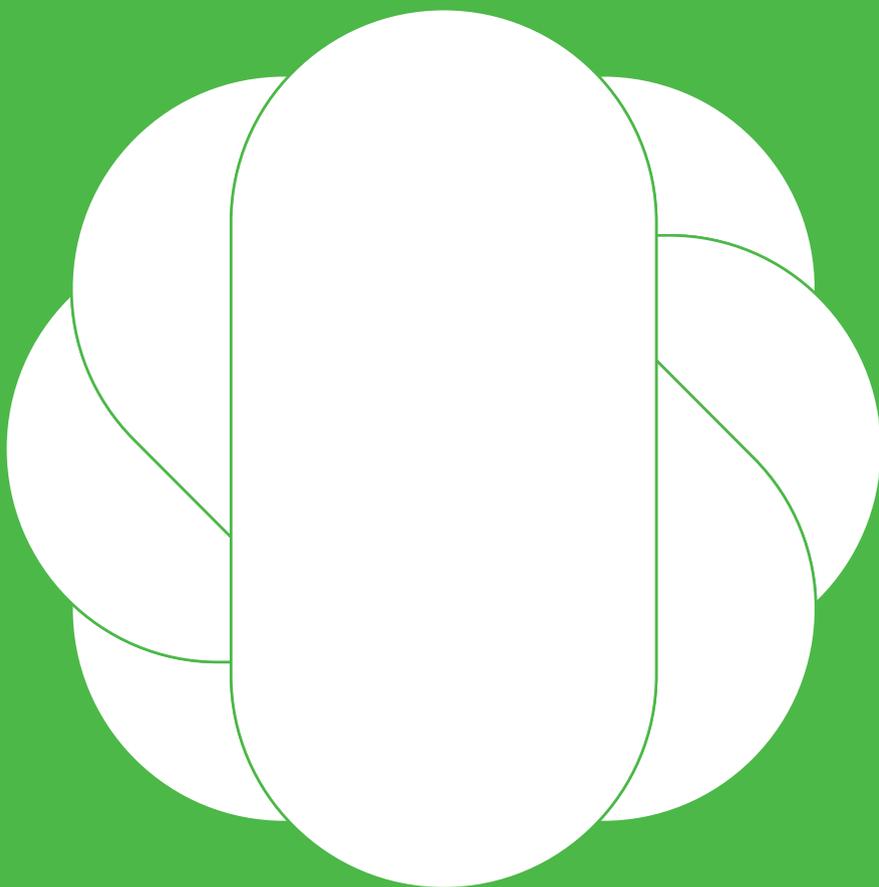
Contactos úteis:

Contactos Gerais

Praça Mota Veiga, Lt.O - S/Cv.Dta
1800-280 Lisboa – Portugal
Telemóvel: +351 96 967 71 51
e-mail: geral@soshepatites.org.pt

Delegação Porto

Ana Rita Monte
Telemóvel: +351 91 653 77 33
e-mail: ritamonte@soshepatites.org.pt



Apoio



Projecto Informação VIH/SIDA

