

Especialistas advertem para a necessidade de administração de medicação nas unidades móveis:

Diagnóstico e tratamento do VHC: agora ou nunca

Embora não existam números oficiais obtidos a partir de métodos de estudo com base científica, as estimativas aparentemente mais realistas apontam para a existência de cerca de 70 mil portugueses infectados pelo VHC. Desde que, no ano passado, o governo português celebrou o acordo com a indústria farmacêutica, que permitiu até à data curar 2050 doentes, estando outros 9100 em tratamento com recurso às novas terapêuticas disponibilizadas no país. No entanto, vários especialistas contactados por Dependências alertam para o facto de estes serem utentes que vinham a ser seguidos nos hospitais ou que haviam desistido há uns anos face à ineficácia dos tratamentos anteriores e que, ao saberem da existência dos novos fármacos, voltaram a contactar o sistema. O que significa que existe uma larga franja da sociedade por diagnosticar, particularmente em populações de risco como os toxicodependentes. Na verdade, entre o final dos anos 70, toda a década de 80 e parte de 90, foram vários os milhares de portugueses que experimentaram drogas por via injectável e, sabendo-se que esta infecção se mantém assintomática por vários anos, o horizonte temporal decorrido desde então poderá indiciar que essas pessoas estarão em situação de particular risco para o desenvolvimento de cirrose ou carcinoma hepático. Por outro lado, os actuais toxicodependentes de rua, tradicionalmente, não se deslocam aos serviços convencionais de saúde, pelo que se impõe a implementação de estratégias de aproximação a estas populações. Há mais de um ano no papel e sem que se vislumbre tão cedo a sua implementação, o suposto plano nacional para as hepatites poderia constituir uma ferramenta facilitadora da necessária articulação entre os diversos serviços de saúde. Existem já algumas acções no terreno que atestam a eficácia da implementação de estratégias de proximidade, como o projecto de investigação intitulado “Caracterização da hepatite C em frequentadores de um Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência”, que obteve um financiamento de 30 mil euros do Programa Gilead GÉNESE. A candidatura resultou de uma parceria multidisciplinar entre o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Instituto Ricardo Jorge), a Associação de Recuperação de Toxicodependentes Ares do Pinhal e o Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital dos Capuchos. O “Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência” na cidade de Lisboa é da responsabilidade da Ares do Pinhal, uma Instituição Particular de Solidariedade Social apoiada pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) do Ministério da Saúde e pela Câmara Municipal de Lisboa e elege como objectivos apoiar toxicodependentes, contribuir para a redução do consumo de heroína e de outras substâncias psicoactivas e instituir medidas para redução de risco e minimização de danos à Saúde.

Este estudo foi desenvolvido nesta população alvo, que é vulnerável a risco de infecção pelo vírus da hepatite C e que não se encontra inserida em programas convencionais de medicina especializada. A participação no projecto - que é voluntária e esclarecida - conduzirá à obtenção de dados sobre o estado de saúde em relação à hepatite C, a nível individual, sendo a avaliação clínica apoiada por médicos especializados do Hospital dos Capuchos. Na prática, as unidades móveis da Associação Ares do Pinhal levavam até aos seus utentes a possibilidade de realizarem um fibroscan ao fígado, um teste que se realiza em menos de cinco minutos, evitando que os mesmos tenham que deslocar-se ao hospital. No entanto, faltará agora a possibilidade de a medicação ser disponibilizada nessas mesmas unidades móveis aos utentes diagnosticados com Hepatite C.

Elizabeth Pádua, investigadora principal do projecto e colaboradora do Instituto Ricardo Jorge, explica que o financiamento pelo Programa Gilead GÉNESE “pode fazer toda a diferença para os participantes no estudo, agora nesta nova era do tratamento da hepatite C”. Na verdade, para além de conduzir a um maior conhecimento sobre a infecção e doença da hepatite C em termos de saúde pública, “são objectivos também do projecto, beneficiar directamente os participantes, quer pela educação para a saúde sobre hepatite C, quer pela identificação de casos de doença crónica e seu efectivo encaminhamento para os serviços de saúde especializados”, refere a investigadora.

O projecto teve a duração de um ano, estando em fase de tratamento e análise dos dados obtidos. Entre os elementos que constituem a equipa de trabalho, destacam-se Elizabeth Pádua e Helena Cortes Martins, ambas do Departamento de Doenças Infecciosas do Instituto Ricardo Jorge, o psiquiatra Rodrigo Sousa Coutinho, da Ares do Pinhal, Mário Jorge Silva e Filipe Calinas, do Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Capuchos.

Outro exemplo recente é a disponibilidade das equipas técnicas do DICAD da ARS Norte e do Professor Guilherme Macedo do Hospital de São João, no Porto, para avaliar a situação das pessoas com hepatite C na rede de serviços de ambulatório, com o intuito de identificar constrangimentos e melhorar a identificação de utentes infetados, de os diagnosticar precocemente e promover o seu tratamento integrado. Esta é uma iniciativa para promover o acesso de pessoas com hepatite C e Comportamentos Aditivos e Dependências aos antiviricos de ação direta em condições de equidade com a restante população, evitando que aqueles utentes constituam um reservatório da hepatite C, com preocupante prejuízo da saúde individual e da saúde pública.

Dependências auscultou um conjunto de profissionais envolvidos nesta temática: António Parente, porta-voz da Plataforma Hepatite C, Rodrigo Coutinho, da Associação Ares do Pinhal e Filipe Calinas, médico do Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Capuchos.



ANTÓNIO PARENTE, MEMBRO DO GAT E PORTA-VOZ DA PLATAFORMA HEPATITE C

Depois de tratados 2050 utentes e, numa altura em que outros 9100 estão em tratamento, afigura-se um novo desafio, o de tratar aqueles que não estão em

seguimento nos hospitais. Que estratégias deverão ser adoptadas para que também esses cheguem ao sistema?

António Parente (AP) – É importante definir como vamos chegar a essas pessoas. É o que está a tentar fazer-se com o novo plano das hepatites e, embora saibamos que não poderemos referenciar todas as pessoas, terão que existir targets. E cabe-nos, enquanto Plataforma, produzir sugestões. Vamos à procura daqueles toxicodependentes dos anos 90? De algumas pessoas que vieram de África, onde a prevalência da Hepatite C também é significativa? Como chegamos às trabalhadoras do sexo? Como chegamos aos migrantes? São questões que levantamos e pretendemos levar às pessoas que têm responsabilidades políticas na definição desta estratégia para definirmos onde e como queremos chegar... De facto, estas 13 mil pessoas que estão previstas tratar-se constituem apenas o topo da pirâmide... Quando se fala em 100 mil, onde estão as outras? Como chegamos aos mesmos?

Por outro lado, num dos grupos de risco, os toxicodependentes de rua, muitos dos utentes, ainda que diagnosticados, não têm capacidade para chegarem às estruturas onde o medicamento é facultado. Em que medida seria pragmático oferecer esse tratamento nas unidades móveis que já contactam diariamente com esses utentes?

AP – É verdade! Temos essa sugestão, que constitui um exemplo de boas práticas. Basta constatar-mos o que se fez em relação à tuberculose, em que a eficácia do tratamento por parte desses utentes das unidades móveis é de 100 por cento. São pessoas que não se deslocam aos centros de saúde mas fazem diariamente as tomas de metadona. Se muitos deles tomam os medicamentos para a tuberculose, com resultados de 100 por cento, por que não se aplica a mesma estratégia relativamente à hepatite C?

Haverá por parte do Estado português disponibilidade financeira para assumir este encargo?

AP – É uma questão fulcral... Preocupa-nos o facto de o ministro ter dito recentemente que houve um aumento de 250 milhões do défice devido aos novos medicamentos para a hepatite C. E preocupa-nos particularmente quando sabemos que, no final deste ano, acaba o acordo para se tratarem os 13 mil. Temos que chegar a um acordo na negociação do medicamento. Na primeira cimeira europeia em que se fala em erradicação da hepatite C não há uma única palavra sobre a compra do medicamento... Sabemos que o preço a que chegámos na negociação só foi possível porque a farmacéutica vendeu milhares nos EUA, no Egipto e já

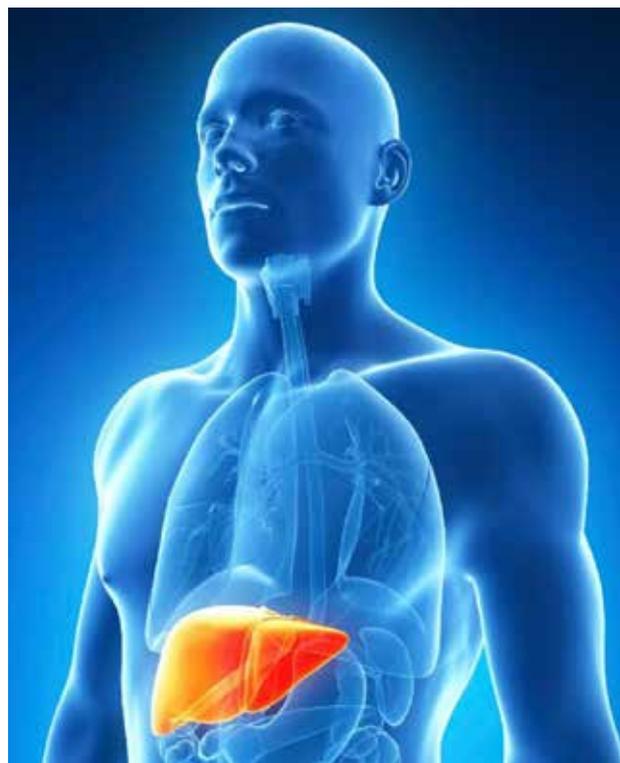
tinha negócios feitos na Europa. De outra forma, não conseguiríamos tratar as pessoas...

E por que não comprará a Europa em conjunto?

AP – Lamento que, naquele manifesto, não haja uma única palavra sobre a possibilidade de haver uma central de compras que permita baixar o preço do medicamento. Portugal é uma gota de água neste universo...

Entretanto, já estão a ser diagnosticados utentes em unidades móveis, como sucedeu ao abrigo do estudo produzido em conjunto pela Associação Ares do Pinhal, o Hospital dos Capuchos e o Instituto Ricardo Jorge, em que é possível constatar que, em mais de 900 utentes, cerca de 65 por cento são portadores do vírus... O que estará a acontecer a essas pessoas após o diagnóstico?

AP – São diagnosticadas e muito dificilmente são tratadas porque, além da incapacidade para se dirigirem ao SNS, deparam-se com dificuldades ao nível da referenciação. Actualmente, pegamos no telefone, ligamos ao médico, informamos que temos aqui uma pessoa e o médico faz o jeito e mete lá a pessoa... Agora, estão a optar por outra estratégia, que consiste em encaminhar o utente para o médico de família. Dirigem-se ao médico de família, são identificados e o médico faz uma carta... Tenho dezenas de casos de pessoas que estão um ano à espera. As pessoas desmotivam-se. Sabemos que têm hepatite, sabem que se morre mais de hepatite C do que de VIH e não existe uma resposta. Existe um decreto-lei que determina que os hospitais têm que dar resposta em sete dias mas, infelizmente, o mesmo não está ainda operacionalizado. Quando estiver, será evidentemente mais fácil para as entidades que têm relações com o SNS referenciarem para os hospitais e, em tempo útil, terem uma resposta para o utente em sete dias. Estou em crer que, com este novo governo, surja outra abertura.





RODRIGO COUTINHO, ASSOCIAÇÃO ARES DO PINHAL

Em que consistiu o estudo Caracterização da hepatite C em frequentadores de um Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigên- cia?

Rodrigo Coutinho (RC) –
O estudo ainda está a decor-
rer mas já temos resultados

preliminares sobre a nossa população do programa de baixo limiar de Lisboa, onde foram rastreadas nas nossas unidades móveis cerca de 900 pessoas. Dessas, 70 por cento tinham o anticorpo VHC positivo passaram à fase seguinte, que visava identificar se tinham hepatite activa. Ou seja, existem pessoas que têm o anticorpo VHC positivo mas cujo vírus já desapareceu. Na nossa população, em que o rastreio é aleatório e a que todos são submetidos, cerca de 30 por cento dos utentes que têm o anticorpo VHC positivo negativaram para o vírus, ou seja, o vírus já não está activo. No seio desta população, detectámos 450 utentes com hepatite C activa. Destes 450 que ficámos com o diagnóstico confirmado de hepatite C activa, fizemos um fibroscan nas unidades móveis para caracterizar o grau de fibrose hepática e, a partir desses exames, tivemos uma percentagem superior a 10 por cento que já estavam num estágio de cirrose e muitos já a correrem risco de morte. Esses foram logo vistos pelos especialistas de Hepatologia nas unidades móveis e imediatamente referenciados para as consultas de especialidade mas, apesar de todos os nossos esforços para os encaminharmos para os serviços, não vão aos serviços mesmo que tenham consultas marcadas.

Há quanto tempo foram esses utentes diagnosticados?

RC – Os resultados saíram há dois meses.

Existe algum protocolo que estabeleça a prática da des- locação dos hepatologistas às unidades móveis da Asso- ciação Ares do Pinhal?

RC – Sim, existe um protocolo. Isto faz parte de um estudo em que existe uma parceria entre a Associação Ares do Pinhal, o Instituto Nacional Ricardo Jorge, que faz as análises e a consulta de

Gastrenterologia do Hospital dos Capuchos, que faz os exames e desloca profissionais às unidades móveis.

Que solução poderá ser implementada para que esses doentes sejam tratados?

RC – A solução tem que passar administração da medicação nas unidades móveis. Como afirmei, mesmo em estádios graves de doença, estes utentes não vão aos serviços de referência. Existem estes com cirrose já marcada mas também outros que para lá caminham rapidamente e que precisam de ser rapidamente tratados. E só vemos uma hipótese de haver um tratamento efectivo e abrangente desta população que passa por administrarmos os medicamentos necessários nas unidades móveis. Aí, teremos a certeza de que a adesão iria ser de 100 por cento, até porque temos o exemplo do que sucede relativamente aos medicamentos tuberculostáticos, em que fazemos a toma de observação directa aos utentes. Nesse caso, a adesão é de 95 por cento e, no caso do VHC seria ainda maior uma vez que o tratamento é mais simples e menos prolongado.

Conhece outras práticas semelhantes no país?

RC – Não conheço...

Provavelmente, esses utentes estarão subdiagnosticados...

RC – Muito provavelmente.

Já foram ouvidos pelos decisores políticos?

RC – Não mas também ainda não encetámos contactos, uma vez que ainda estamos a tentar consolidar melhor os resultados para depois podermos apresentar essa solução.

Quanto tempo poderá mediar entre o estágio de cirrose até à fibrose?

RC – É muito variável... Pessoas que consomam álcool, por exemplo, terão uma aceleração muito significativa, assim como aquelas que tenham comportamentos muito desorganizados. Um dos objectivos do estudo consiste em perceber como se procedeu a contaminação bem como os factores que concorreram para a evolução da doença. De qualquer forma, em consumidores de álcool essa evolução pode acontecer em poucos anos e, numa janela de dez anos estarão certamente todos com cirrose.





FILIPE CALINAS, SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DOS CAPUCHOS

Filipe Calinas (FC) – Esta participação do grupo que dirijo no Hospital dos Capuchos junto do PSoble de Lisboa, que decorre na dependência da Associação Ares do Pinhal, está integra-

da num estudo e, como tal, não existe já a intenção de a mesma resultar numa prática clínica. Este estudo, que também envolve o Instituto Nacional Ricardo Jorge, elege como primeiro objectivo avaliar as barreiras que condicionam o acesso aos cuidados de saúde destes indivíduos que frequentam estes programas. Depois, perceber a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C nesta população e, a par, perceber a gravidade da doença nos mesmos. Não possuindo para já dados concretos, tenho a percepção de que existe um desconhecimento destas pessoas em relação à problemática da sua doença e de outros factores que ultrapassam a própria doença, nomeadamente problemas sociais e culturais que estão acima da sua preocupação com a doença. Como se sabe, a hepatite C só dá sintomas em caso de doença avançada e, portanto, sentindo-se bem, estas pessoas não sentem a necessidade de terem cuidados médicos. Depois, apesar de morarem em Lisboa, continuam a subsistir para estes indivíduos algumas dificuldades sociais, nomeadamente de dinheiro para se deslocarem aos hospitais ou barreiras que têm a ver com a dificuldade de marcação de consultas nos hospitais e tempo de espera para a realização das mesmas, todo um conjunto de análises que é necessário realizar... Estamos a falar de indivíduos que, por razões culturais e sociais, não estão muito dispostos a correrem todos estes trâmites necessários. Como tal, percebemos que a única forma para conseguirmos erradicar ou, pelo menos, tratar todos os indivíduos não passa por estarmos à sua espera nos hospitais mas antes por irmos ao encontro de algumas camadas sociais, aos sítios onde estão, às prisões, às equipas de tratamento das dependências e também, necessariamente, aos que estão em programas de substituição opiácea em unidades móveis de todo o país. As terapêuticas presentemente disponíveis já facilitam que isso possa ser feito “na rua”.

O que será preciso para que tal seja efectivado?

FC – Para que isso seja efectivado, é necessário entrar na rotina, ser entendido pelas autoridades competentes como possível, necessariamente estes utentes têm que ser acompanhados por médicos com conhecimento no manejo das interacções medicamentosas, do cumprimento da medicação e do manejo das reacções adversas. Ou seja, é preciso que o médico esteja junto deles. O estudo que temos vindo a realizar permite concluir que é possível estudá-los e ver a gravidade da doença na rua, nas carrinhas, com fibroscan, fazendo chegar os meios, colhendo o sangue nas unidades móveis e realizando as análises. O passo seguinte consistirá em fazer-lhes a administração e a vigilância também, se necessário, nas carrinhas.

E haverá disponibilidade financeira para o efeito?

FC – Creio que não se trata de uma questão de disponibilidade financeira porque isto não envolve mais custos.

Refiro-me à questão do medicamento...

FC – Mas este tipo de acção envolve muito menos custos do que se estes indivíduos forem seguidos no hospital. O ministério da saúde terá que estar sempre disponível para tratar, até porque isto faz parte de um suposto plano de erradicação ou, pelo menos, de controlo da infecção que elege como prioridade os indivíduos que permanecem em risco de transmissão da doença a outros. Este é um grupo prioritário porque, sendo verdade que integra um programa de substituição opiácea, também pode continuar a injectar e que, para além do seu problema individual de saúde, também pode transmitir a sua infecção a outros. É estranho que, sendo um grupo prioritário, estejamos à espera que possam, por si só, chegar aos hospitais. A dificuldade passa pela articulação das entidades que supervisionam ou têm responsabilidades, uma vez que estão sob a dependência de diversos órgãos. Os médicos fazem parte de alguns hospitais, respondem perante as suas administrações e têm horários a cumprir, o SICAD tem uma boa participação nestes programas de rua e é interveniente nomeadamente na parceria com a Associação Ares do Pinhal, que respondeu a um concurso público para providir estes cuidados... Agora, como se articula esta relação entre ARS, SICAD, hospitais... Estamos perante organismos diferentes, dependentes de estruturas dirigentes diferentes que é preciso pôr em consonância para poderem trabalhar em conjunto. Portanto, penso que mais do que pensar nos custos, urge reunir vontades a um nível superior.

Essa reunião de vontades sairia facilitada se o plano nacional para as hepatites passasse finalmente do papel à prática?

FC – Obviamente que sim. O plano, que se aguarda há um ano e meio, tem que reservar algum espaço para estes indivíduos. Qualquer plano que se pretenda para a hepatite C tem que ir ao encontro da identificação dos indivíduos infectados e do seu tratamento. Não há tratamento se não houver essa identificação e a identificação passa pelo reconhecimento da infecção nestes indivíduos que estão mais afastados dos centros de referência do tratamento. Portanto, o plano tem que ter algum lugar para o aumento do rastreio e para o estudo da gravidade dos doentes e para o seu tratamento. Uma vez que este plano se situa ao nível da Direcção Geral da Saúde, aí temos um órgão que pode ser relevante



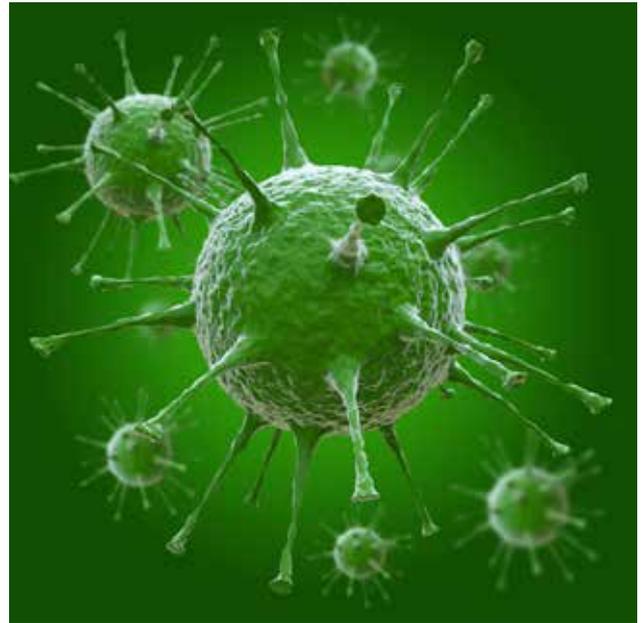
no início de directrizes que ponham todos estes intervenientes a trabalhar em conjunto.

Os últimos dados dizem-nos que foram tratados 2050 utentes e que estarão outros 9100 em tratamento... Mas estes serão indivíduos que já estavam a ser seguidos pelos hospitais...

FC – Há de tudo... São essencialmente indivíduos que estavam nos hospitais mas também demos conta que, para além daqueles que tínhamos seguimento, voltaram aos nossos hospitais muitos doentes que se tinham afastado dos mesmos. Eram indivíduos que, pro ausência de solução, se tinham afastado mas que, sabendo o que se estava a passar, regressaram após cinco, seis, sete ou mais anos. Desde que se começou a falar mais insistentemente em hepatite C e na eficácia das novas terapêuticas tem havido um acréscimo do regresso que casos que já não estavam activos nos hospitais. Creio que o número de doentes nos hospitais continuará a aumentar, estando longe de se extinguir a quantidade dos que nos procuram, o ritmo tenderá a diminuir nalgumas zonas do país mas, nos grandes centros, onde haverá maior prevalência de infecção, iremos ter muitos novos casos nos próximos anos.

De que universo de doentes estaremos a falar em Portugal?

FC – É sempre a velha pergunta... Temos trabalhado com valores especulativos, são estimativas que apontavam para valores na ordem dos 120 mil infectados mas, desde há muitos anos que defendo um número de 80 mil. Os números iniciais situavam-se numa prevalência de 1,5 por cento mas nenhum estudo mostrou valores que nos permitisse estimá-lo. Os mais conservadores apontam para 40 a 50 mil infectados mas sabemos que entre os anos 80 e 90 e até ao início do ano 2000 a prevalência de toxicod dependência foi muito elevada, sendo que números do SICAD de 2007 estimam que 1 por cento da população teve contacto com drogas injectadas, havendo mais de 100 mil consumidores problemáticos. Portanto, se nos basearmos apenas nos números que contam do SICAD, estaremos a ver uma pequena parte, que são os que procuram os cuidados. Muitos outros infectados nessas décadas nunca tiveram contactos e, de diversas formas, abandonaram os consumos e estavam infectados. Sinto que existe uma parte do iceberg muito significativa de indivíduos que tiveram contacto com drogas durante esses anos cuja história de vida se mo-



dificou completamente, que já nem se recordam que usaram drogas, que já nem estão registados no SICAD e devem ser testados. Em síntese, não existe nenhum número que possa ser certo. Creio que se apontarmos para um número entre os 50 e os 80 mil será razoável.

Dentro de quanto tempo poderão essas pessoas vir a desenvolver um carcinoma?

FC – Porque foram infectadas há mais anos, estão em risco de, 30 anos depois, poderem vir a ter uma significativa proporção de cirrose e carcinoma. Ao fim de 30 anos de infecção, estimamos que 30 por cento tenham cirrose e a probabilidade de carcinoma é ligeiramente inferior a 5 por cento em cada ano mas vai aumentando a cada ano de infecção. E há aqui um factor muito importante: quer a rapidez com que a cirrose se instala, quer o tempo que demora a instalar-se tem muito a ver com o consumo de álcool. Se retirássemos o consumo excessivo de álcool da equação reduziríamos muito o problema. Somos um país de grande consumo de álcool e podemos dizer que metade dos doentes com doença grave associada ao vírus da hepatite C também têm consumo de álcool excessivo e, nalguns deles, este consumo seria o suficiente para terem cirrose.



Especialistas pedem estratégia e planeamento faseado para a hepatite C

A cidade do Porto foi a escolhida pela Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) para a realização do Congresso Português de Hepatologia 2016.

O evento decorreu entre os dias 28 e 30 de Abril, reunindo especialistas nacionais e internacionais e promovendo a participação activa dos clínicos em formação.

Promover a discussão do estado da arte na área do doente crítico, do carcinoma hepatocelular, da hipertensão portal e das novas técnicas em hepatologia foram os objectivos definidos pela organização.

A hepatologia está em constante desenvolvimento e, nesse sentido, foi promovido um Curso Pós-Graduado "Novos Conceitos / Novas Terapêuticas em Hepatologia", abordando o fígado gordo, a colangite biliar primária, a fibrose hepática e a hepatite C, nomeadamente os doentes mais difíceis de tratar. Combinou-se, desta forma, o ensino, a investigação e a sua extensão à prática clínica, fornecendo um evidente aumento da sinergia desta rede e indo ao encontro de todos os que desejam uma discussão e interacção potenciadas.

Julia Wendon, Garcia-Pagan, Richard Moreau, Thierry Gustot e Jurgen K. Rockstroh entre outros palestrantes de renome internacional e nacional marcaram presença no evento, tal como Dependências, que entrevistou Isabel Pedroto, presidente da APEF.



ISABEL PEDROTO, PRESIDENTE DA APEF

Na sessão de abertura, versou uma questão de particular importância relativamente à hepatite C e que se prende com a necessidade de apostar na prevenção...

Isabel Pedroto (IP) – O problema da hepatite C é prevenir, é diagnosticar, é tratar... É todo um percurso. Obviamente, o acesso à terapêutica

foi excelente, como o é tratarmos milhares de doentes mas não podemos olhar apenas para a terapêutica. Temos agora que parar, reflectir, tratar todos os doentes mas identifica-los e saber onde estão. Porque este é um problema de saúde pública. Não é só um problema de terapêutica.

Levantou também outras problemáticas com evidente importância relativamente à intervenção em diferentes contextos: a toxicod dependência e as prisões...





IP – Sabemos que são populações de risco para hepatite C, que têm uma prevalência muito superior à da população em geral. Temos que começar obviamente pela toxicodependência, pelas populações de alto risco. E levantei esse problema porque, sendo óbvio que temos que tratar esses doentes, corremos o risco de reinfectarem. Ou seja, tratar esses doentes não é só dar-lhes o tratamento. É dar-lhes outros apoios em continuum. Apoios sociais, da parte da psicologia, da desintoxicação... Ou seja, um apoio concertado. Porquê o problema das prisões? Porque sabemos que estão lá muitos toxicodependentes e existe um risco acrescido de hepatite C, que até é maior nas mulheres do que nos homens, contrariamente à população toxicodependente em geral e porque estas drogas nos permitem, num curto espaço de tempo, de oito a 12 semanas, curar a hepatite C de uma forma extremamente fácil. Conseguimos curá-los enquanto estão lá mas também num continuum de tratamento.

E quanto aos nossos ex-militares dos anos 70... Tem havido preocupação em diagnosticá-los?

IP – Penso que, pelo menos uma vez na vida, toda a gente devia fazer o teste da hepatite C. Isso já foi feito até pela SOS Hepatites, que realizou um rastreio e o número a que chegaram foi claramente inferior ao expectável. De qualquer forma, reitero que uma vez na vida toda a gente devia fazer. O que está indicado é que devem fazer os que nasceram entre 1945 e 1965, os chamados baby boomers, como fazem os americanos. Temos que começar por algum lado mas, para isso, é preciso haver uma estratégia faseada e planeamento.

Diz que é preciso fazer... por que não fazem?

IP – Sozinhos não conseguimos. Temos que ser participantes activos e não podemos estar à espera que façam por nós. Estas têm que ser tarefas realizadas em conjunto, de forma sincronizada. Como afirmou o representante da ARS Norte, existe um claro interesse em desenvolver um modelo no Norte, um modelo regional e nós estamos obviamente abertos a isso, como temos criado outros modelos, como o da Urgência Regional.

Médicos e enfermeiros juntos é quase um caso ímpar no país... A que se deverá?

IP – É fundamental! Os enfermeiros fazem parte dos cuidados de saúde. Eu não trabalho sem o enfermeiro e este não trabalha sem o médico. Todos temos o nosso papel na terapêutica do doente. O enfermeiro tem um papel fundamental na adesão à terapêutica. Nós não somos capazes nem temos recursos para fazer tudo, nem sequer temos que fazer tudo. Eu trabalho com enfermeiros que, de facto, me fazem metade da consulta, aquando da consulta de enfermagem. O papel do enfermeiro é fundamental, apesar de em Portugal ser muito subestimado. No nosso caso, isso não se verifica.

O que destacaria na realização deste congresso?

IP – Neste congresso, destacaria em particular a participação de muita gente jovem, o que é bom. Queremos ter bons hepatologistas no futuro. Destacaria o grande entusiasmo, a grande participação e o elevado número de trabalhos que apresentaram ao congresso. Isso deixa-nos muito satisfeitos. Investimos muito na organização mas estamos satisfeitos.

