

A CURA DA HEPATITE C

Manual do paciente em tratamento

Carlos Varaldo

A CURA DA HEPATITE C

Manual do paciente em tratamento

Rio de Janeiro
2003

© Copyright 2003, Carlos Norberto Varaldo
CEP. 22070-000 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: 9973.6832 - Fax: (21) 2549.8809
e-mail: varaldo@hepato.com

Edição do autor

COPIDESK: Veio Libri
CAPA: Duplo Espaço Comunicação e Arte

DISTRIBUIÇÃO: MAUAD Editora Ltda.
Tel.: (21) 2533.7422 - Fax: (21) 2220.4451
Rio de Janeiro - RJ - www.mauad.com.br
e-mail: mauad@mauad.com.br

V287

Varaldo, Carlos Norberto, 1947-
A cura da hepatite C: Manual do paciente em
tratamento - Carlos Varaldo - Rio de Janeiro - 2003.

316p. ; 21cm.

ISBN 85-901566-3-X

1. Hepatite C - Tratamento. I. Título

CDD-616.3623

Todos os direitos reservados. A reprodução não-autorizada desta publicação, por
qualquer meio, seja ela total ou parcial, constitui violação da Lei N° 5.988

*Dedico este livro a todos aqueles que precisam
enfrentar o tratamento da hepatite C; o que
pretendo aqui é ajudá-los a compreender melhor
cada uma das suas etapas.*

Do mesmo autor, o livro ***Convivendo com a Hepatite C***, já na segunda edição, é considerado um importante manual de acompanhamento, recomendado por muitos médicos, para todos aqueles que, ao descobrirem a sua condição de infectados com a hepatite C, se deparam com uma série de dúvidas, em geral difíceis de serem respondidas devido a todo desconhecimento em relação a esta doença recentemente descoberta.

Um livro fundamental não somente para o portador de hepatite C, como também para que familiares, amigos e companheiros de trabalho possam entender melhor a situação, acabando com a desinformação e o injusto estigma que a doença carrega.

Prefácio

Quando descobri que era portador do vírus da hepatite C, em outubro de 1995, decidi interromper minhas atividades profissionais. Assumi, então, como objetivo, submeter-me ao tratamento, na época incipiente. Mas, também, propus-me a lutar contra a doença em outra frente, organizando portadores e encaminhando reivindicações junto com eles, às autoridades, para que estas reconhecessem a gravidade da hepatite C e promovessem as necessárias mudanças na maneira de os órgãos oficiais lidarem com a doença. Decidi, ainda, começar a coletar dados relativos às inúmeras dúvidas que têm todos os que ficam sabendo que estão contaminados, já que se trata, de fato, de uma enfermidade sobre a qual pouco se sabe, até porque só muito recentemente foi admitida a existência do vírus.

Após 18 meses de tratamento, e hoje, depois de cinco anos sem reaparecimento de indicadores da ação do vírus nos testes a que me submeto periodicamente – o que significa que consegui me curar da doença –, acumulei bastante experiência, freqüentando, nesse ínterim congressos científicos, tendo realizado centenas de palestras, escrito artigos em jornais e revistas, participado de mesas-redondas etc... Neste período, também, mantive diálogo com diferentes esferas do governo sobre o assunto e consegui manter atualizada uma página na Internet, considerada hoje uma das mais importantes do mundo na matéria, a www.hepato.com (preste atenção: não coloque o **.br** no final).

Por experiência própria, sei que, quando o médico nos diagnostica como portadores de hepatite C crônica, o mundo parece desabar. Tudo começa a parecer desconhecido e incerto, principalmente pelo impacto de escutar a palavra *crônica*, que soa como uma condenação.

A primeira sensação é de desespero e a maioria de nós quer saber tudo a respeito da doença diagnosticada, como

evolui, como tratá-la, quais as chances de cura, se vamos ou não morrer. Lamentavelmente, não encontramos respostas, até porque o tempo que o médico pode nos dedicar é restrito às consultas.

Durante o meu tratamento, que, insisto, alcançou sucesso total, tive a oportunidade de observar que inúmeras outras pessoas, inclusive amigos, a partir do momento em que se começou a divulgar a existência da doença, foram fazer o teste e se descobriram contaminadas. Grande parte delas, assim como eu, não sabia como havia tido contato com o vírus. Foi então que resolvi tentar localizar outros com o mesmo problema. Queria ajudar de alguma forma a combaterem a doença. Por meio da Internet, encontrei a Dra. Adriana Di Giorge Toffoli, psicóloga, que estava vivendo o mesmo drama com sua mãe, Cida, já em estado avançado de cirrose.

Formamos então, no Rio de Janeiro, o Grupo Otimismo de Apoio a Portadores de Hepatite C, que realiza reuniões informativas sobre a doença, com palestras dos médicos especialistas do Grupo do Fígado do Rio de Janeiro e também reuniões compartilhadas, nos moldes dos grupos AA, em que portadores e familiares podem dar seus depoimentos.

Reunindo essas informações e experiências, escrevi no ano 2000 o meu primeiro livro, intitulado *Convivendo com a hepatite C*, dirigido àqueles que acabam de descobrir-se portadores da doença. Meu objetivo era buscar responder de forma simples, sem termos médicos, a todas as perguntas e dúvidas que se apresentam ante a nova e inesperada situação.

Este segundo livro, *A cura da hepatite C*, foi escrito com o intuito de auxiliar todos aqueles que buscam informações sobre o tratamento da doença e que procuram tomar conhecimento das experiências vividas por outros infectados. Particularmente, quis tratar aqui de como cada um à sua maneira poderá enfrentar os longos meses de tratamento. Para quem acaba de saber que está contaminado, recomendo a leitura de *Convivendo com a hepatite C*, no qual pode ser encontrado um enfoque geral das hepatites, inclusive as conhecidas A e B, e também tudo sobre o diagnóstico, a transmissão, os sintomas, a evolução, a prevenção e os cuidados a tomar.

Espero que a leitura das minhas experiências lhe seja útil e possa responder às dúvidas e ansiedades que o tratamento da hepatite C traz para o portador e para toda a família.

As informações contidas nestas páginas não se destinam a qualquer tipo de uso ou recomendação de natureza médica.

Alguns médicos poderão questionar ou discordar das informações contidas neste livro. Muitas vezes, isso ocorrerá por não aceitarem tratamentos alternativos, já que não há demonstração científica de que qualquer deles seja capaz de eliminar o vírus do nosso organismo. Reconheço esse dado, mas, considerando que o tratamento médico, usando os medicamentos de última geração, somente é efetivo em, no máximo, 56% dos casos *que podem ser tratados*, acho necessário oferecer opções à grande maioria de pessoas contaminadas pelo vírus. Estas, se não fosse pelos tratamentos alternativos, não teriam nenhuma esperança de conviver com a doença.

Existem também os médicos que não gostam de ficar respondendo perguntas dos pacientes, durante as consultas, ou que não lidam bem com a situação de serem questionados. No entanto, ocorre hoje, em todo o mundo, que, quando os pacientes descobrem que têm uma doença, voltam ao consultório munidos de um arsenal de informações obtidas principalmente na Internet, e que em muitos casos ainda não chegaram ao conhecimento de seus médicos. Há também os médicos que não aceitam minha intromissão porque não sou médico, e sim um paciente, e acham então que deveria me limitar a ficar do outro lado do balcão, mudo, sem dar palpites ou passar informações.

Acredito, e isto está cientificamente comprovado, que pacientes que são devida e corretamente informados sobre a doença poderão enfrentar de forma muito melhor este período difícil da sua vida; inclusive, conseguindo desenvolver um engajamento mais firme ao tratamento. Assim, um número maior deles consegue chegar ao final do tratamento, obviamente, dispondo de chances mais consistentes de sucesso e, conseqüentemente, de cura.

Quando escrevi *Convivendo com a hepatite C*, fiquei surpreso e até orgulhoso, ao observar que muitos portadores

procuravam as livrarias com um receituário do médico, no qual se recomendava a compra do livro. Ao mesmo tempo, algo que me entristecia, reparei também que muitos pediam ao vendedor, em voz baixa, para embrulhar o livro discretamente, com medo de que outros clientes da loja ficassem sabendo que eram portadores da hepatite C. O estigma da hepatite C existe, sim, porém é crucial que tenhamos em mente que se trata de um sentimento mais forte na imaginação do próprio contaminado do que no seu círculo social.

Espero que as informações relatadas neste livro possam ajudar a enfrentar melhor o tratamento. Escreva-me, dando suas sugestões e comentários, ou mande-me um e-mail. Assim, poderemos ajudar outros portadores de maneira ainda mais efetiva.

Carlos Varaldo
e-mail: varaldo@hepato.com

Índice dos capítulos

1- Existe a cura da hepatite C ?.....	Pág. 13
2- Antes e durante o tratamento.....	Pág. 41
3- Os tratamentos médicos.....	Pág. 87
4- Os tratamentos alternativos.....	Pág. 129
5- Convivendo com o Interferon e a Ribavirina	Pág. 155
6- Sintomas e enfermidades relacionadas com a hepatite C.....	Pág. 173
7- Dietas : comidas e bebidas durante o tratamento.....	Pág. 183
8- Comportamento emocional durante o tratamento.....	Pág. 201
9- Legislação no Brasil - Direitos do Cidadão - Tratamento gratuito pelo SUS.....	Pág. 219
10- Planos de Saúde - Mandado de Segurança com pedido de Liminar.....	Pág. 251
11- Glossário de termos usados na hepatite C - Entendendo os exames	Pág. 291

Capítulo 1

Existe a cura da hepatite C?

Com a veiculação pela televisão do anúncio do *Grupo Otimismo* divulgando a hepatite C, no último trimestre de 2002, recebemos comentários de pessoas surpresas com o uso da palavra *CURA*, referindo-se à doença. Vamos, então, explicar por que a palavra cura já é empregada pelos médicos e pesquisadores em todo o mundo.

Vamos realizar uma pequena viagem pelo mundo da medicina, entendendo que, praticamente, nenhum medicamento cura 100% dos pacientes, qualquer que seja a doença. Isto se aplica tanto a medicamentos como a vacinas, e sempre uma parte dos tratados ou não consegue a cura ou, no caso das vacinas, não consegue imunidade.

Por que alguns pacientes conseguem vencer uma doença e outros não é algo que pode advir de diversos fatores. As variáveis podem ir desde o nível de defesas de um indivíduo à atividade de seu sistema imunológico, o estágio da doença no momento do tratamento, idade, o fato de sofrer de outras doenças simultaneamente e até dever-se a uma alimentação pobre, deficiente, que não fornece os nutrientes necessários ao organismo.

Quando falamos sobre o câncer e, como exemplo, podemos citar o câncer de mama nas mulheres ou o câncer de próstata nos homens, sabemos que ambos podem ser tratados e têm cura. Porém, muitas pessoas não conseguem resultados e acabam morrendo. Isto não invalida afirmar que estes tipos de câncer têm cura. Todos concordam que existe possibilidade de cura do câncer e que vale a pena tentar o tratamento; assim como todos aceitam que alguns não conseguirão a cura.

A hepatite C foi descoberta recentemente. Temos na matéria 13 anos de conhecimento e experiência. Assim, alguns

médicos, sem o devido conhecimento científico, têm sustentado determinadas inverdades sobre a doença.

Muitos portadores, ao receber o diagnóstico, escutam do médico que a hepatite C irá se transformar em cirrose, depois num câncer, e que o paciente inevitavelmente morrerá vítima da doença. Outros escutam que a hepatite C não tem cura, só controle. Outros, ainda, que a hepatite C é pior do que a AIDS... E, assim por diante, poderíamos citar uma lista interminável de *besteiras*, ditas por quem não sabe direito do que está falando.

Em relação ao desenvolvimento da cirrose nos infectados pela hepatite C, os dados existentes até o ano 2000 indicavam que entre 20 e 25% dos infectados desenvolveriam cirrose, duas ou três décadas após a infecção, e que o restante morreria de velhice antes de desenvolver um dano hepático grave. Porém, estudos recentes mostram que este número está superestimado, e que o índice certo dos que desenvolverão cirrose nas duas ou três décadas depois da infecção se situa entre 10 e 15%. Portanto, trata-se de um panorama muito mais alentador do que o que nos passavam até pouco tempo.

Em relação à possibilidade de o portador desenvolver um câncer, o índice é muito menor; entre os cirróticos, somente 5% ao ano desenvolvem câncer. O grave risco do câncer no fígado é nos infectados pela hepatite B.

Já quando falamos no sucesso conseguido pelo tratamento, o grande problema é o teste PCR. (**PCR (Polymerase Chain Reaction)**: teste para identificar pequenos fragmentos de vírus DNA e RNA no sangue.) Até pouco tempo, somente existiam testes de PCR com pouca sensibilidade. Porém, a cada dia aparecem testes de PCR capazes de detectar um número menor de vírus. Hoje, já dispomos, com facilidade, de testes que conseguem detectar e dar um resultado como positivo quando encontram apenas 50 vírus por mililitro de sangue.

O ideal seria dispor de um teste que, na presença de um único vírus, apresentasse resultado positivo — e nesse caso, quando o teste não desse *positivo*, poderíamos ter a certeza de que não restaria *nenhum* no organismo.

No entanto, quando nos referimos à hepatite C, geralmente falamos em milhões de vírus por mililitro (há alguns casos em que já foi observado até um bilhão por mililitro de sangue). Assim, o valor de 50 vírus é realmente muito pequeno, insignificante, embora seja um organismo capaz de rápida replicação.

Quando se encontram menos de 50 vírus ou não se encontra nenhum, o resultado do teste aparece como *indetectável*, palavra corretamente usada, pois, como fica a dúvida de se existem ou não menos de 50 vírus, não se poderia usar *negativo*.

Seis meses depois de terminado o tratamento, para se saber se este alcançou um resultado sustentado, ou seja, que se manteve estável, é preciso realizar o teste de PCR. Daí, por precaução, durante muitos anos, usou-se o termo *controle da infecção*. Nos últimos sete anos, milhares de pacientes de todo o mundo alcançaram sucesso no tratamento, conseguindo o ansiado *resultado sustentado* aos 6 meses após o término dos procedimentos.

Mas, o que aconteceu com estes pacientes? Hoje, dispomos de uma série de estudos que acompanham pacientes como estes por anos a fio, para saber se o vírus voltou a se replicar, ou seja, se o paciente voltou a ter um resultado positivo no teste de PCR.

Os resultados de diferentes estudos mostram que, após três anos do final do tratamento, entre 97 e 98% dos pacientes que apresentaram resultado sustentado aos seis meses após o tratamento continuam com o vírus indetectável aos três anos. Outros estudos já acompanham pacientes há quatro, cinco (como no meu caso) e até mais anos, e o vírus continua indetectável.

Como o vírus da hepatite C é de rapidíssima replicação (um portador produz até um trilhão de vírus por dia), seria de se supor que, caso tivesse restado algum vírus no organismo do paciente, este já teria tido condições de se reproduzir acima do valor de detecção de 50 unidades — e, de fato, isso acontece com um percentual elevado de pacientes nos primeiros seis meses após o tratamento. Porém, ao se estudar o que acontece nos pacientes com resultado indetectável aos seis meses,

verificou-se que menos de 3% apresentaram replicação nos 30 meses seguintes.

Com o resultado encontrado nestes estudos, passou-se a usar a palavra *CURA* em relação à hepatite C, podendo se afirmar que o vírus não se reproduz porque foi eliminado totalmente do organismo.

Os céticos e alguns portadores, revoltados porque não conseguiram sucesso no tratamento, irão contestar o uso da palavra cura. Porém não podemos nos basear em casos pessoais e sim observar o que acontece com grandes grupos de tratados, e com o total dos portadores.

Quantos realmente conseguem a cura

Quantos conseguem a *CURA* é ainda uma grande dúvida. Publicações recentes mostram casos em que se usou o Interferon Peguilado combinado a Ribavirina, conseguindo resultados sustentados em 54 ou até 56% do total de tratados. Ou seja, uma metade fica satisfeita e passa a acreditar na cura, enquanto a outra metade, a dos portadores que não conseguiram bons resultados, fica desiludida e discorda do termo cura.

No entanto, será que podemos usar esta média para o total dos infectados? Não. Generalizar este número seria enganar os portadores, pois os critérios para participar de um protocolo de pesquisa são definidos por normas rígidas, seletivas, excluindo uma série de portadores que não podem participar do estudo clínico, seja por idade, grau da doença, condições clínicas etc., e que fazem parte do total da população infectada. Assim, este dado se refere somente ao perfil da população que participou do estudo e não ao total de infectados, quando na realidade, se quisermos saber quantos dos atuais infectados conseguirão a cura, encontraremos um percentual inferior de sucesso, já que muitos não podem ser tratados.

Resumindo, não podemos falar em 54 ou 56% de resposta para o total dos infectados, e sim para aqueles que podem receber o tratamento. Ao tentar calcular quantos, no total de infectados, conseguirão a cura, devemos incluir todos aqueles que não podem receber o tratamento, como os anêmicos, os cirróticos descompensados, os altamente depressivos e os que têm outras doenças impeditivas. Então, o percentual dos que conseguirão eliminar o vírus será inferior. Em contrapartida, também não podemos deixar de incluir neste universo os 15% que, uma vez infectados, conseguem a eliminação espontânea do vírus, o que vai aumentar este mesmo percentual. Não existem bancos de dados que permitam, até o momento, efetuar um cálculo exato.

Outra incógnita é qual será a resposta ao tratamento em uma determinada cidade ou região. E já sabemos que fatores genéticos influem na resposta obtida. Está comprovado que pessoas de pele escura conseguem um resultado inferior aos de pele branca, que a idade da infecção é um dado importante, que a idade do paciente também influi, que as mulheres respondem melhor do que os homens e que as pessoas magras ou com peso normal respondem melhor do que os gordos. Então, será que os infectados de uma determinada região são física e geneticamente iguais àqueles que participaram dos estudos clínicos?

No caso das discrepâncias genéticas — algumas populações respondem melhor ao tratamento do que outras —, somente o avanço dos estudos nesta área específica poderá desfazer o enigma. E por que 15% dos infectados se curam sem necessidade de medicamentos? Quais genes ou proteínas diferentes possuem tais indivíduos? Não será este o caminho para pesquisa de novos tratamentos, ou vacinas?

Os protocolos existentes até o momento incluem um grande número de caucasianos (Europeus e Norte Americanos), e em alguns países, como no Brasil, a miscigenação é muito variada, alterando-se inclusive de região para região na mistura do elemento branco (de diversas procedências e *histórias*) ao índio, negro, oriental etc.. Nossa bendita salada de raças e culturas ainda não pôde, devido talvez à escassez de tempo de pesquisa dedicada ao assunto, ser estudada no que toca a sua resposta ao tratamento.

Curiosamente poderemos ter surpresas para ambos os lados; poderemos ficar deprimidos por alcançarmos uma resposta menor do que esperamos ou contentes por termos uma resposta superior. Somente o tempo poderá nos fornecer séries estatísticas confiáveis. Por enquanto, devemos tratar aqueles que têm indicação de estarem contaminados pelo vírus... e observar o que acontece.

O que podemos afirmar, hoje, é que existe, sim, a cura da hepatite C, devidamente comprovada, para alguns dos tratados. Os números a cada dia são mais alentadores. Até 1995, só era administrado o monoterapêutico com Interferon, e apenas 12% dos tratados conseguiam resultados. Depois de acrescentada a Ribavirina ao tratamento, os números começaram a subir, até que, com o Interferon Peguilado, chegamos aos dados apresentados recentemente, que somente o tempo poderá confirmar ou apurar.

Acontece que não tem a menor importância, no momento, definirmos quantos conseguem se curar. Nem isso interessa a quem se descobre infectado. Fazer o tratamento é não só imperativo como também, efetivamente, uma esperança. O principal é saber que existe a cura, e que milhares de pesquisadores estão estudando como melhorar o tratamento, testando novas drogas etc.

Já temos a cura! Vamos rezar agora para que os pesquisadores sejam iluminados e para que em poucos anos esta cura se torne possível para a grande maioria dos infectados.

Conceitos gerais sobre a hepatite C

A palavra hepatite é formada de dois elementos: *hepat(o)* + *ite*, o primeiro referente ao grego para *fígado* e o segundo, sufixo usual das *inflamações*. Existem muitos tipos de hepatite, que por sua vez podem ter causas muito diversas. Todas provocam a inflamação do fígado. Esta *inflamação do fígado* tem caráter infeccioso quando se trata de uma consequência de uma contaminação por vírus. A hepatite virótica é decorrente de várias

doenças contagiosas causadas por vírus que atacam o fígado. O tipo de hepatite, neste caso, depende do tipo de vírus pelo qual o portador foi contaminado.

Os tipos mais importantes de hepatites viróticas são a hepatite A, hepatite B, hepatite C e a hepatite D. Formas recentemente descobertas de hepatites viróticas também incluem as hepatites E, F e G. Outros vírus também causam hepatite, entre os mais conhecidos temos o do dengue, da malária e uma infinidade de outros.

Formas não-viróticas de hepatite podem ser causadas por agentes tóxicos (drogas ou substâncias químicas), medicamentos, álcool, ou processos auto-imunes.

Hepatite tóxica é uma deterioração das células, causada por substâncias químicas, como álcool, drogas e combinações de produtos industriais. Abuso de álcool é uma causa comum de dano tóxico. Exposições a substâncias químicas ou tóxicas não podem causar hepatite virótica, como hepatite A, B ou C. Só a exposição ao próprio vírus pode causar infecções por essas formas de hepatite.

Hepatite auto-imune é uma inflamação progressiva do fígado associada a uma anormalidade do sistema imunológico, que se torna incapaz de controlar respostas contra suas próprias substâncias, causando destruição do tecido hepático e mau funcionamento. A hepatite tóxica e a hepatite auto-imune não são contagiosas.

O que acontece no corpo ?

Quando o vírus da hepatite C entra na circulação sanguínea, começa o ataque ao fígado, onde irá reproduzir-se. O organismo reage atacando as células infectadas, o que causa a inflamação do fígado.

Nas hepatites A, o fígado normalmente volta a ficar sadio, deixando anticorpos ao antígeno de superfície, o que evidencia

que a infecção aconteceu, mas que o corpo a derrotou. Nas hepatites B, 90% dos infectados se curam de forma espontânea.

Porém, quando alguém se contamina com a hepatite C e, como é natural, produzindo o organismo anticorpos para tentar destruir os vírus, o que acontece de particular é que esses anticorpos, com freqüência, deixam de identificar o invasor responsável pela hepatite C. Assim, a infecção permanece no organismo. A maioria das pessoas infectadas não sabe que tem o vírus. Isto porque, para a maioria dos portadores, não haverá nenhum sintoma, e para outros, os sintomas podem levar até duas décadas para aparecerem. Algumas pessoas podem ter hepatite C durante mais de 20 anos antes de descobri-la. Mas são portadores do vírus e devem evitar qualquer possibilidade de transmiti-lo aos outros.

O modo como a hepatite C afeta as pessoas é diferente para cada pessoa. Alguns não são afetados fisicamente; porém outros podem desenvolver uma série de limitações no seu estado físico.

De cada 100 indivíduos contaminados com hepatite C, teremos a seguinte evolução:

- ▶ 15 a 20 deles ficarão livres do vírus de forma espontânea entre dois a seis meses após o contágio;
- ▶ 60 pessoas terão uma infecção de longa duração, a qual pode não causar nenhum problema ou pode chegar a causar níveis de dano hepático que vão do moderado ao grave durante o seu tempo de vida, e
- ▶ entre 15 a 20 pessoas terão uma infecção de longa duração, que conduz à cirrose em um prazo médio de 20 a 25 anos. Destas pessoas, com cirrose, aproximadamente a metade permanecerá estável e as restantes progredirão para uma descompensação hepática ou um câncer de fígado depois de cinco ou dez anos após o aparecimento da cirrose.

A hepatite C tem semelhança com o vírus HIV/AIDS?

Sim e Não. HIV e HCV são ambos vírus RNA. Isto é, ambos levam o RNA no código genético. Porém, estes vírus pertencem a duas famílias completamente diferentes. A diferença é a mesma de se comparar baleias e humanos, ambos são mamíferos, mas existe uma grande diferença entre as duas espécies viventes.

Cada vírus tem estratégia completamente própria e diferente para replicação e para sobrevivência. O HIV é um retrovírus e, uma vez que se instala na célula humana, copia o DNA e migra para o núcleo da célula, onde se integra no genoma do anfitrião, sendo copiado então toda vez que a célula se multiplica. Outros retrovírus são os vírus de HTLV e alguns tipos de leucemia.

Já o HCV é um flavivírus, similar ao da febre amarela e ao vírus do dengue.

Há muitas outras diferenças estruturais entre os dois, mas o ponto principal é que o HIV e HCV não são parecidos, não têm nenhuma relação.

O simples fato de um portador de hepatite C ser um infectado com um vírus não significa que sua reação ou tratamento seja igual a dos infectados por outros vírus, surgindo então o hepatologista, especialista em tratar doenças do fígado, que é onde atua o vírus da hepatite C. Gastroenterologistas, clínicos gerais e infectologistas estão se qualificando, realizando cursos de hepatologia, para poderem compreender melhor a forma de tratar a hepatite C.

Algumas autoridades de saúde pública se referem, equivocadamente, à hepatite C como “a nova HIV/AIDS”, dada a semelhança entre ambas epidemias. Realmente, a maior parte das pessoas infectadas com HIV/AIDS ou com a hepatite C permanece infetada de forma crônica, pelo resto da vida. Nas duas doenças, ainda não existe uma vacina preventiva. A hepatite

C e o HIV/AIDS se transmitem por contato com sangue contaminado e ambas evoluem para a forma crônica.

Porém, existem muitas diferenças entre as duas doenças. O HIV/AIDS não tem cura, só controle da infecção, dependendo de modo permanente dos medicamentos. Comparado ao HIV/AIDS, 15% a 20% das pessoas infectadas pela hepatite C conseguem, aparentemente, a recuperação total de forma espontânea e até 56% dos tratados com os medicamentos de última geração conseguem manter o vírus de forma não-detectável no seu organismo, o que já é considerado por muitos pesquisadores a cura da doença.

A hepatite C, quando se utilizam agulhas contaminadas, se transmite mais facilmente do que o HIV/AIDS, pois o seu período de sobrevivência em um instrumento contaminado é muito superior; mas é de difícil transmissão pelo parto (5%) ou durante o ato sexual. A hepatite C não se transmite pela amamentação como acontece com o HIV/AIDS.

Qual a diferença entre a hepatite crônica ativa e a persistente ?

A hepatite ou qualquer outra doença é considerada crônica se persistiu no organismo por mais de seis meses. O termo hepatite crônica persistente, atualmente pouco usado, define a hepatite que persiste por mais de seis meses sem causar dano ativo ao fígado.

O termo crônica ativa é usado para definir a hepatite que persiste por mais de seis meses, e que se encontra atacando e destruindo o fígado. A diferenciação entre persistente e ativa não é mais usada; baseava-se na suposição de que, se o vírus existir, estará causando dano, sempre, podendo esse dano estar acontecendo de forma lenta, ou mais depressa.

Ocorre que 85% dos indivíduos infectados não conseguem eliminar espontaneamente o vírus antes dos seis meses após a contaminação e desenvolvem hepatite crônica.

Esta capacidade para produzir hepatite crônica é uma das características mais notáveis de infecção da HCV. A maioria dos pacientes com infecção crônica tem anormalidades nos níveis das transaminases, que podem flutuar amplamente. Já 30% dos pacientes de hepatite C com infecção crônica têm níveis de transaminases normais. A hepatite C crônica é tipicamente um processo insidioso, progredindo lentamente, sem sintomas ou sinais físicos na maioria dos pacientes, durante as primeiras duas décadas depois da infecção.

Uma proporção pequena de pacientes com hepatite C crônica (talvez menos de 20%) deixa de desenvolver sintomas específicos, como fadiga ou dores. Em muitos pacientes com hepatite C crônica, os sintomas aparecem na etapa mais avançada do desenvolvimento da doença. Embora os pacientes com infecção de HCV e níveis de transaminases normais sejam chamados de portadores de HCV saudáveis, biópsias do fígado podem mostrar a existência de dano hepático em muitos destes pacientes.

Quantos contaminados com hepatite C existem no mundo?

A hepatite C é a principal causa de doença hepática grave no mundo. Estima-se, segundo a Organização Mundial da Saúde, que existam entre 170 e 200 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C. Na maioria dos países ocidentais, a prevalência média nos doadores de sangue varia de 0,3% a 2,0%; porém a infecção na população em geral é sempre muito superior ao encontrado nos bancos de sangue, devido ao fato de o doador, que acredita ser uma pessoa sadia, ser submetido a uma entrevista prévia, na qual são descartados todos aqueles que possam ter uma doença infecciosa.

No Brasil, a OMS estima que entre 2,5 e 4,9% (entre quatro e oito milhões) da população possam estar contaminados.

O Ministério da Saúde trabalha com uma estimativa entre 2 e 2,6% (3,5 até 4,5 milhões).

Quais os aspectos clínicos da hepatite C ?

A hepatite C, de forma semelhante às outras hepatites virais, é uma infecção que causa inflamação e necrose das células hepáticas. A maioria das pessoas infectadas não apresenta sintomas. Nestes casos, apenas o teste sanguíneo para detectar o vírus serve como diagnóstico. A hepatite C distingue-se por sua persistência, sendo que a evolução para as formas crônicas da doença parece ocorrer em mais de 80% dos casos.

É possível prevenir a hepatite C?

Freqüentemente me perguntam se a hepatite C é uma epidemia em crescimento, se existem muitos novos infectados. Afortunadamente, podemos comprovar que a maioria das modalidades de infecção, nas últimas décadas, já se encontra relativamente controlada. Desde 1992, muitos países vêm realizando testes no sangue utilizado nas transfusões, como também nos fatores sanguíneos retirados do sangue. Desde a década de 1980, foram extintas as seringas de injeção de vidro – todas as seringas e agulhas de injeção hoje são descartáveis – e as pistolas de vacinação foram aposentadas, e isso, é óbvio, contribuiu enormemente para a diminuição da incidência de contaminações.

No entanto, ainda se observam algumas modalidades de contaminação muito preocupantes. Atualmente, dois terços de todos os casos novos de infecção pela hepatite C são atribuídos ao uso de drogas injetáveis ou aspiradas (neste caso, através dos *canudos* de aspiração, que podem ferir as fossas nasais, ou serem contaminados por sangramentos, nessas mesmas fossas

nasais, muito comuns em usuários de cocaína), transmitidas ao se compartilharem seringas, agulhas ou alguns dos utensílios utilizados para este fim, devido ao prolongado tempo de vida do vírus fora do organismo.

Entre os usuários de drogas injetáveis, a transmissão da hepatite C ocorre no momento da aplicação da droga. Por este motivo, a prevalência da hepatite C neste grupo é muito alta, estimando-se em 90% nos Estados Unidos. Os índices de infecção nos adolescentes usuários de drogas injetáveis são de quatro a dez vezes superiores aos índices de infecção pelo HIV/AIDS.

A Proposta de Consenso da Hepatite C, realizada do mês de junho de 2002 pelo Instituto Nacional da Saúde dos Estados Unidos, indica, conforme a ordem de importância, as seguintes formas de contaminação:

A transmissão da hepatite C acontece principalmente por exposição a sangue infectado. Esta exposição acontece:

1. pelo uso de drogas injetáveis;
2. por transfusão de sangue não-testada;
3. nos transplantes de órgãos sólidos provenientes de doadores infectados, situação hoje difícil de acontecer;
4. pela realização de práticas médicas inseguras;
5. pela exposição profissional ao sangue infectado;
6. durante o parto, nos nascimentos de mães infectadas;
7. em pessoas com múltiplos parceiros sexuais e práticas sexuais de alto risco.

Como deveria ser a prevenção da hepatite C?

Como a transmissão da hepatite C ocorre mais facilmente por meio de seringas, agulhas e canudos, utilizados pelos usuários de drogas injetáveis ou aspiradas, a distribuição de utensílios descartáveis deveria ser um dos maiores focos de prevenção neste grupo.

A hepatite C é prevalente em usuários de drogas e se transmite facilmente devido ao prolongado tempo de vida do vírus, sendo assim difícil de ser prevenida. É possível que a transmissão aconteça de várias formas: compartilhando seringas

e agulhas, ou até a água para lavar os utensílios; compartilhando os utensílios que se utilizam para injetar as drogas, como os canudos, cotonetes, torniquetes ou o algodão; quando o usuário se fura acidentalmente, ou ao receber a seringa de outra pessoa. Os programas de prevenção necessitam considerar todas estas atividades como possíveis riscos.

Na ausência de uma vacina para hepatite C, a prevenção consiste em evitar a exposição ao sangue contaminado. Programas de informação são essenciais, divulgando os cuidados necessários com materiais que possam conter sangue contaminado, como alicates de unha, lâminas, barbeadores, escovas de dente, agulhas e seringas compartilhadas e materiais cirúrgicos.

O que é necessário fazer?

Para entender os métodos de transmissão da hepatite C, é necessário um maior conhecimento do que acontece nos hábitos culturais de cada região e dentro de cada grupo de risco. Alguns países costumam compartilhar a escova de dentes, outros compartilham os aparelhos de barbear ou de manicura.

Também é necessário ter um melhor conhecimento da história natural da hepatite C, pois a maioria dos estudos realizados enfoca pessoas que já estão com a doença, a maioria detectadas ao doar sangue ou por sintomas de dano hepático considerável, sem levar em conta que a grande maioria dos portadores ainda não foi detectada, não sabe que está infectada e nem sequer recebe atenção médica.

A hepatite C tem uma alta prevalência em todo o mundo, sendo facilmente transmissível por via sanguínea. Mas, a maioria das pessoas provavelmente infectadas com a hepatite C não é identificada porque não realiza o teste. A melhor campanha de prevenção seria inicialmente detectar os infectados, pois estes, sabendo da sua condição, evitariam a possível transmissão.

Testar toda a população seria economicamente inviável, porém os grupos de maior risco de infecção deveriam receber a indicação para fazer o teste gratuitamente. Os bancos de sangue e os hospitais deveriam enviar notificações, chamando para fazer o teste toda pessoa que recebeu uma transfusão de sangue antes de 1993. Os governos devem disponibilizar recursos no orçamento para enfrentar o problema. Os mesmos recursos e

esforços destinados aos programas de prevenção do HIV/AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis deveriam cobrir também a prevenção da hepatite C, sendo que estes programas podem e devem trabalhar com metas comuns, ou seja, os programas de prevenção do HIV/AIDS devem incorporar a prevenção da hepatite C, incluindo informação, testes de detecção e a vacinação contra as hepatites A e B de todos os infetados com a hepatite C.

Acredito que deve ser dada prioridade *urgentíssima* à detecção dos portadores. Com isso, impediríamos a evolução para danos hepáticos irreparáveis nestes indivíduos, ficando óbvio, insisto, que estes portadores, cientes da sua condição, evitariam contaminar outras pessoas, ajudando nas formas de prevenção.

O custo econômico e social representado pela evolução para a cirrose dos atuais contaminados, na próxima década, não pode ser ignorado. A hepatite C pode ser uma doença silenciosa, assintomática, porém não podemos ficar cegos, surdos ou mudos, no papel de simples espectadores do problema. Senão, *todos* seremos coniventes com um dos maiores genocídios da história da saúde pública.

Campanhas de prevenção são necessárias. E muitas vezes foram discutidas e prometidas pelo Ministério da Saúde, porém *nunca* foram realizadas. Campanhas de detecção nos grupos de maior prevalência sequer foram cogitadas.

Quem deve ser testado para hepatite C ?

Para determinar que indivíduos, entre os recebidos pelo atendimento primário, geralmente realizado nos postos de saúde, deveriam, ou não, ser testados para hepatite C, é preciso que seja distribuído material informativo, já que estes clínicos e paramédicos alocados na triagem não são especialistas no assunto.

Este material pode ser um simples cartaz, como o que está abaixo, que serve de base a médicos e profissionais de saúde não-especializados nem familiarizados com a hepatite C, evitando desta forma o gasto desnecessário com testes em grupos populacionais onde não existem riscos de contaminação.

INDICAÇÕES PARA TESTAR A INFECÇÃO PELA HEPATITE C, EM PACIENTES DE ACORDO COM O NÍVEL DE RISCO

1- PACIENTES DE MAIOR RISCO, E QUE DEVEM REALIZAR O TESTE :

- ▶ usuários de drogas injetáveis, inclusive aqueles que o fizeram só uma vez em qualquer época da vida;
- ▶ pessoas que receberam fatores sanguíneos antes de 1993;
- ▶ pessoas que receberam transfusão de sangue ou transplantes de órgãos antes de 1993;
- ▶ pessoas em hemodiálise;
- ▶ pessoas que apresentem dois resultados de transaminases anormais, ou que apresentem qualquer outra evidência de dano hepático;
- ▶ profissionais da área da saúde após acidente biológico ou exposição percutânea ou nas mucosas com sangue contaminado;
- ▶ filhos de mães contaminadas;
- ▶ HIV positivos.

2- O TESTE DEVE SER CONSIDERADO OU AVALIADO NOS GRUPOS DE RISCO INDEFINIDO:

- ▶ pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou histórico de doenças sexualmente transmissíveis;
- ▶ parceiros sexuais, por longo tempo, de infectados com hepatite C;
- ▶ usuários de cocaína inalada;
- ▶ pessoas com tatuagens ou piercings no corpo (brincos ou piercings no lóbulo da orelha não é considerado risco);
- ▶ transplantados que receberam tecidos, como córneas, pele, esperma ou óvulos.

3 – O TESTE NÃO É NECESSÁRIO NOS GRUPOS DE BAIXO RISCO:

- ▶ profissionais da saúde sem evidências de exposição acidental;
- ▶ companheiros ou familiares (sem contato sexual) de portadores de hepatite C;
- ▶ mulheres grávidas;
- ▶ população em geral.

ATENÇÃO:

- ▶ O teste deve ser oferecido às pessoas com possibilidade de infecção. Para identificar esses indivíduos, todos

os pacientes devem ser questionados durante a entrevista prévia sobre os fatores de risco.

► Os médicos devem considerar a possibilidade de fazer o teste, a partir de uma avaliação individual, pois pacientes que relatam fatores de risco de exposição ao vírus da hepatite C são de grupos muito indefinidos.

► As pessoas com possibilidades de exposição ao vírus da hepatite devem ser informadas sobre a disponibilidade do teste para detecção do vírus.

Algumas mentiras comumente ditas sobre a hepatite C

MENTIRA 1 - A HEPATITE C É TRANSMITIDA DENTRO DE CASA

É triste escutar alguns médicos, por ignorância, solicitar à família do portador para ter cuidados com os utensílios de uso comum que tenham contato com o portador de hepatite C, como pratos, copos, talheres, toalhas, lençóis ou roupas.

Se um médico disser algo assim, troque imediatamente de médico, pois você está nas mãos de quem não entende nada do assunto. E, se possível, denuncie-o, pois este médico deve voltar à faculdade.

Não é possível aceitar que, devido à falta de atualização de conhecimentos por parte do profissional, a hepatite C ainda seja comparada às hepatites A e B, com as quais nada tem em comum, principalmente na forma de contágio.

A contaminação doméstica é rara. É necessário ter especial cuidado não compartilhando escovas de dentes (o que sempre é condenado do ponto de vista higiênico) e qualquer objeto perfurocortante, como os alicates de manicura, aparelhos de barbear ou seringas.

MENTIRA 2 - A HEPATITE C É TRANSMITIDA SEXUALMENTE

Está afirmação não é 100% verdadeira.

A hepatite C *pode* ser transmitida por via sexual, porém trata-se de uma via muito *pouco provável* de transmissão, pois para que isto aconteça é necessário que exista uma ferida em contato com sangue contaminado do parceiro sexual.

A contaminação sexual é de incidência estatística muito pequena, porém, não podemos esquecer que é possível. É recomendável realizar o *sexo seguro*, usando sempre a camisinha.

Outras doenças sexualmente transmissíveis podem *transportar* a hepatite C.

MENTIRA 3 - ALTA CARGA VIRAL É PERIGOSA

Não é verdade. Existem pacientes com altíssima carga viral e nenhum dano hepático e outros, com cargas baixas, que podem avançar rapidamente para a cirrose.

A quantidade de vírus não indica um maior ataque da doença nem a agressividade do vírus. Ao que parece, a defesa do sistema imunológico, a atitude mental positiva e o estilo de vida são os fatores mais importantes para evitar um rápido avanço da doença.

Uma única coisa pode ser afirmada: uma alta carga de vírus pode indicar uma demora na resposta inicial do tratamento. O grau da carga viral é usado somente para prognosticar e monitorar a resposta ao tratamento. A intensidade da carga viral não indica maior ou menor agressividade do vírus nem a extensão do dano hepático.

MENTIRA 4 - O GENÓTIPO 1 É O MAIS PERIGOSO

Pode ser o mais difícil de responder ao tratamento, o mais resistente ao Interferon; porém, no que se refere ao prognóstico da evolução da doença, não tem nenhuma significância. O genótipo não indica a velocidade de ataque do vírus ou a sua agressividade.

O *Genótipo* é a identificação genética da forma e função de qualquer elemento vivo, como pessoas, plantas, animais ou, neste caso, vírus. Muito usado na hepatite C para determinar o tempo do tratamento.

MENTIRA 5 - TODOS OS PORTADORES SÃO COBAIAS

Existem em andamento muitos estudos clínicos feitos por pesquisadores, fabricantes e universidades. Quando se oferece aos portadores que participem de um protocolo, estes estudos já se encontram na *Fase III*. Neste estágio, as drogas usadas já foram testadas em animais e em alguns poucos voluntários. Na Fase III, são testados a dosagem ideal e os efeitos em milhares de pessoas, sendo uma boa oportunidade, para muitos, de conseguir o mais avançado tratamento e exames gratuitos.

Como os avanços acontecem muito rapidamente, é provável que o tratamento que realizamos atualmente seja modificado no meio do caminho, o que leva muitos portadores a pensar que estão sendo tratados como cobaias de laboratório.

MENTIRA 6 - OS EFEITOS COLATERAIS SÃO INTOLERÁVEIS

A maioria dos portadores inicia, assustado, o tratamento, imaginando que os efeitos colaterais são terríveis. Isto não é verdade. Salvo algumas exceções, que não chegam a 14% dos tratados, e que precisam interromper o tratamento, o restante descobre que o tratamento é amplamente suportável e consegue completá-lo.

MENTIRA 7 - O TRATAMENTO É IGUAL À QUIMIOTERAPIA

O Interferon também é usado para tratar alguns tipos de câncer e até leucemia. Porém, não é considerado um quimioterápico. Na administração do Interferon Peguilado, é recomendado o tratamento assistido durante a aplicação, porque os efeitos colaterais, como a baixa das plaquetas, neutrófilos e leucócitos devem ser monitorados em condições hospitalares.

MENTIRA 8 - VOU MORRER DE HEPATITE C

A verdade é que todos vamos morrer. Porém podemos afirmar que a maioria dos portadores vai morrer com a hepatite C, e não por culpa da hepatite C.

Quando descobrimos precocemente que estamos contaminados, temos uma melhor oportunidade de realizar controles e, se necessário, o tratamento; e logo aprendemos também a mudar nosso estilo de vida. É muito provável que esta mudança em particular, que significa entre outras coisas abrir mão de bebidas alcoólicas, manter uma alimentação saudável, com atitudes mentais positivas e um melhor cuidado sobre nossas condições físicas — estimulados pelo susto que levamos ao nos descobrirmos doentes —, nos propicie uma expectativa de vida muito superior, em qualidade e em extensão, àquela que teríamos, levando o modo de vida antigo.

MENTIRA 9 - A HEPATITE C NÃO TEM CURA

Alguns médicos ainda preferem usar as palavras *indetectável* ou *negativado* em vez da palavra *cura*, afirmando que o PCR mais sensível disponível, atualmente, somente consegue detectar o genoma do vírus se a quantidade for superior a 50. Portanto, a remissão completa e definitiva, a CURA, seria um prognóstico temerário. Somente quando existir um PCR capaz de detectar até mesmo um único e solitário genoma é que poderia ser empregada a expressão CURADO.

É necessário considerar que não existem dados estatísticos de longo prazo, já que há somente 14 anos a hepatite C foi descoberta. O que é possível afirmar, em função do conhecimento atual, é que pacientes que mantêm o vírus indetectável após seis meses do final do tratamento têm chances de 97,8% de continuarem livres do vírus e com as transaminases normais por muitos anos.

Então, considerando que o vírus da hepatite C possui uma imensa velocidade de replicação, e observando milhares de indivíduos tratados que se mantêm *indetectáveis* há mais de cinco anos, podemos, com segurança, nestes casos, afirmar que o vírus foi totalmente eliminado do organismo — caso contrário, o nível-limite (50 vírus) teria sido alcançado.

Seguindo este raciocínio, os grandes especialistas no estudo e tratamento da hepatite C já vem empregando a palavra CURA.

MENTIRA 10 - PARA QUE TRATAR SE POUCAS PESSOAS RESPONDEM AO TRATAMENTO?

Mentira, pois a probabilidade de resposta ao tratamento depende de cada indivíduo, e não do genótipo e do dano hepático existente. Não existe nenhum exame que possa determinar qual resposta o paciente vai ter.

Até nos casos em que o vírus não é eliminado, existe uma melhora no estado do fígado do paciente, e isto já é um grande ganho. A resposta nos genótipos 2 e 3 chega a mais de 70% dos tratados, com o que podemos afirmar que as drogas atuais são altamente eficazes para combater estes vírus.

MENTIRA 11 - A HEPATITE C PODE SER TRATADA COM TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Está cientificamente comprovado que somente o Interferon consegue eliminar o vírus da hepatite C.

Os tratamentos alternativos, com base em ervas, suplementos vitamínicos ou minerais, técnicas orientais, místicos

e outros tantos mais, são excelentes coadjuvantes, quando chamados a atuar conjuntamente com o tratamento médico.

Também são de grande valor para pessoas que não necessitam ou não podem ser tratadas, pois ajudam a melhorar o estado físico e mental, retardando o avanço da doença, diminuindo o avanço da inflamação no fígado.

Porém, se um terapeuta afirmar que pode conseguir a cura somente com o tratamento alternativo, o melhor que você tem a fazer é abandoná-lo imediatamente e procurar outro profissional.

Como eu venci a hepatite C

Agora que algumas noções básicas foram dadas, você já pode avaliar a importância que teve minha experiência pessoal com a hepatite C.

Meu nome é Carlos Norberto Varaldo, tenho 55 anos e sou argentino radicado no Brasil desde 1970. Sempre tive boa saúde, nunca estive internado, nunca fiquei doente, nunca fui operado e nunca recebi sangue. Pelo contrário, por ter sangue O+, sempre fui doador, até que, em outubro de 1995, numa doação, fui informado ser portador de hepatite C.

O mundo parece ruir quando se recebe uma notícia dessas. Apesar disso, decidi procurar especialistas e, eu mesmo, passei a levantar o máximo de informações sobre a doença. Não admitia permitir que um bichinho insignificante, tão pequeno que não é visível ao microscópio, ganhasse a luta.

Meu primeiro PCR positivo deu 10.000.000 (dez milhões) de genomas por ml. e a biópsia deu atividade histológica de grau 7 e estágio 3. Falo “primeiro PCR positivo” porque um outro feito 30 dias antes tinha dado, erradamente, negativo. Se tivesse aceito este erro do laboratório, certamente hoje não estaria aqui para contar minha história.

Devido à alta carga viral e ao dano hepático existente, praticamente não me davam esperanças de vencer o vírus com a

monoterapia de Interferon, único tratamento disponível na época. De fato, fui até mesmo desaconselhado a tentar qualquer tratamento, porém o destino tem aquelas passagens curiosas. Duas décadas antes, eu tinha trabalhado na área financeira do fabricante do Interferon, a Schering-Plough. Então, decidi telefonar para a empresa, que já tinha mudado de endereço e até de controle societário, e perguntar pelo Dr. José Leal, um simpático senhor de idade, já na minha época, que desempenhava as funções de diretor médico.

O Dr. Leal já estava aposentado, porém o destino fez com que neste dia ele estivesse visitando a empresa. Imediatamente atendeu o telefone e me convidou para almoçar. E foi nessa oportunidade que me forneceu documentação sobre um estudo italiano no qual estavam pesquisando o efeito de uma nova droga, a Ribavirina. Recomendou-me tentar a combinação de Interferon e Ribavirina e não parar antes de 18 meses.

Na época ainda não existia o teste de genotipagem, o tratamento era igual para todos os infectados, na base das tentativas, com muita pouca experiência. Somente em final de 2001, participando de uma pesquisa na Fiocruz para determinar o genótipo dos anticorpos, é que descobri que o meu vírus tinha sido o do tipo 2. Assim, o conselho do Dr. Leal de tratar por 18 meses, não importando o que acontecesse, foi profético, como podemos ver pelo histórico do tratamento, já que em duas oportunidades, ainda durante o tratamento, o vírus replicou.

- Iniciei o tratamento com Ribavirina em janeiro/96 com TGP=121 e TGO=85.

- Em março/96 dei início à combinação com Interferon com TGP=264 e TGO=144. Em junho e julho/96 o PCR estava negativo.

- Em setembro/96, tive de parar com a Ribavirina por problemas de forte anemia. Mantive apenas o Interferon.

- Em outubro/96, o PCR voltou para 83 677 genomas.

- Em novembro/96, voltei a incluir a Ribavirina no tratamento, até março/97, quando novamente tive de parar, pois a anemia era insuportável, continuando só o Interferon.

- Em março/97, o PCR deu positivo com 4 751 genomas.

- Em abril/97, novamente reiniciei a combinação com a Ribavirina.

- Em setembro/97, após os 18 meses previstos, parei com o Interferon e a Ribavirina.

- Em setembro/97, o PCR estava negativo e continua negativo até hoje. São cinco anos sem medicamentos, totalmente negativo, com excelente estado físico e um fígado, em grande parte, recuperado.

No início, procurei todos os tipos de tratamentos alternativos: homeopatia, ervas variadas, fiz tratamento com multivitaminas, tratamento oriental, acupuntura, regressão, iniciação ao Reiki e tratamento espiritual na linha kardecista, o qual mantenho até hoje.

Cometi muitos erros, tomei litros e litros de chá de picão, para depois descobrir que não serve para hepatite C. Cheguei a tomar 24 cápsulas de vitaminas por dia, até que o médico mandou parar com todas, pois as oleosas passaram a acumular-se no fígado, aumentando a inflamação. Passei então, escondido do médico, a tomar suplementos de ferro para combater a anemia, visando não parar com a Ribavirina.

Hoje está comprovado que, no anêmico, o medicamento age melhor, pois na presença do ferro o vírus atua e se reproduz mais rapidamente.

Enfim, fiz muitas besteiras, porém tive a sorte de ser tratado por um excelente médico especialista (Dr. João Luiz Hauer - Rio de Janeiro), que sempre, e com a maior paciência, soube levar o tratamento pelo caminho certo.

Continuo, hoje, sem beber absolutamente nada alcoólico, evitando alguns alimentos, mas sem eliminar nada da dieta, e algumas vezes tomando algumas ervas reparadoras do fígado.

Hoje, totalmente curado, tento passar a minha experiência aos milhões de portadores, os quais, em sua maioria, não sabem que estão doentes. Devemos nos unir para conseguir que o governo tome coragem e assuma a sua responsabilidade, fazendo campanhas de prevenção e detecção dos infectados, treinando profissionais de saúde e disponibilizando os medicamentos gratuitamente.

Já que não existe vacina, já que o tratamento somente é capaz de curar cerca da metade dos que podem ser tratados, já que o tratamento é mais caro do que o tratamento da AIDS e já que existem entre 4 a 8 milhões de brasileiros com hepatite C, está na hora de conseguirmos mobilizar a opinião pública e exigir providências dos governantes.

Formamos o *Grupo de Apoio Otimismo*, no Rio de Janeiro. Dê uma olhada na página do grupo em www.hepato.com (preste atenção: não coloque o **.br** no final) e junte-se a nós. Veja como fazer para formar outros grupos e participar desta luta. Por um Brasil melhor, precisamos interromper o ciclo de contaminação.

Hepatite C — Assassino silencioso?

Carlos Varaldo – Artigo publicado no Jornal O Globo de
16/12/2002

São tantos os contaminados que a maioria dos governos censura as informações

Um novo vírus, o da hepatite C, descoberto dez anos após o vírus da Aids, contaminou entre 170 e 200 milhões de pessoas no mundo. Estes dados, da Organização Mundial da Saúde, mostram o impressionante tamanho da epidemia de hepatite C, cinco vezes maior que o da Aids. O número de contaminados é tão alarmante que a maioria dos governos prefere censurar qualquer informação, devido aos altos custos que seriam necessários no tratamento dos portadores. Médicos da OMS denunciam que muitos países preferem não detectar os portadores, para não ter que gastar dinheiro com o tratamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde admite que 2,6% da população pode estar contaminada, mas a OMS estima que o número verdadeiro poderia ser maior, podendo chegar a oito milhões de brasileiros. Curiosamente, nestes 13 anos de conhecimento da doença, nenhum alerta à população ou sequer à classe médica foi feito pelo ministério.

O modelo estratégico da avestruz, ignorando o problema, não vai evitar a perda da saúde nestes infectados. Se nada for feito de imediato, mais de um milhão de brasileiros poderão desenvolver cirrose ou câncer no fígado nos próximos 15 anos. O custo social, com perda da capacidade de trabalho, aposentadorias, tratamento da cirrose e prováveis transplantes de fígado, será com certeza infinitamente superior ao que seria gasto com detecção e tratamento dos infectados. Hoje, dos milhões de prováveis infectados, cerca de sete mil estão em tratamento, número pífio, sendo que 97% dos infectados ainda não foram detectados. Continuando com o atual esquema governamental de detecção e tratamento, precisaríamos mais de 600 anos para tratar os atuais contaminados.

É necessário acordar para o problema, pois uma vez detectados os portadores, com os tratamentos disponíveis atualmente, pelo menos 600 mil vidas seriam salvas de evoluir para a falência hepática, conseqüentemente a morte. É urgente montar campanhas de esclarecimento e principalmente de detecção, equipar laboratórios e hospitais e treinar profissionais de saúde. Desde fevereiro existe um Programa Nacional de Hepatites, mas sem dotação orçamentária própria para enfrentar o desafio.

Recentemente, em reportagem no GLOBO, o coordenador do programa de hepatites virais reconheceu publicamente, pela primeira vez, a gravidade da epidemia, concordando com todas as recomendações e alertas das ONGs que defendem os portadores de hepatite C. Provavelmente é uma resposta ao anúncio estrelado por Cissa Guimarães, que desde setembro o Grupo Otimismo veicula de forma institucional em vários canais de televisão — o primeiro anúncio do mundo realizado por uma ONG para divulgar a hepatite C.

Curiosamente, são raros os novos contaminados, pois a maioria das formas de transmissão já está controlada, o que faz com que as ações a serem tomadas imediatamente não sejam de prevenção, e sim de detecção e tratamento. A hepatite C é transmitida pelo sangue; não há comprovação de contaminação por fluidos corporais, como saliva, suor, lágrimas, sêmen ou leite materno (a mãe contaminada pode amamentar). Abraços, beijos ou compartilhar pratos, copos, talheres ou roupas não

contaminam. A contaminação sexual é possível, porém muito rara. Entre as maiores fontes de contaminação do passado temos as transfusões sanguíneas, possibilidade hoje descartada pelos testes de sangue nos hemocentros. O compartilhamento de seringas e agulhas de injeção também é coisa do passado. Aquela velha pistola de vacinação, que passava de braço em braço, com a mesma agulha, também teve seu uso descontinuado. Atualmente, os fatores de risco continuam sendo o uso de drogas, injetáveis ou aspiradas, que representam dois terços das novas infecções, e acidentes com instrumentos perfuro-cortantes, inclusive com instrumentos de manicura. O portador de hepatite C leva uma vida totalmente normal, pois a doença não apresenta riscos de contaminação na vida social, na família, ou no trabalho.

A hepatite C é totalmente diferente dos tipos A ou B nas suas formas de contaminação. Pode ser comparada a uma bomba viral prestes a explodir. São necessários recursos para enfrentar o desafio, caso contrário, nos próximos 15 anos, haverá um verdadeiro genocídio, culpa da cegueira e surdez de quem deveria tomar imediatas providências. A hepatite C pode ser um assassino silencioso, mas os governantes não podem ser surdos a ponto de ignorar o problema.

Capítulo 2

Antes e durante o tratamento

O que é necessário saber antes de iniciar o tratamento com Interferon e Ribavirina

Antes de iniciar o seu tratamento, você deve conversar demoradamente com o seu médico, discutindo e perguntando abertamente sobre todos os benefícios que podem ser obtidos e os problemas que poderão acontecer, seja os prováveis efeitos colaterais, seja problemas específicos derivados da sua condição física, de outras doenças existentes ou ainda de natureza psíquica atual ou passada. Para seu próprio bem, seja franco e sincero.

Nesta consulta, todos os seus exames e resultados devem ser re-examinados, um a um. Os efeitos do Interferon e da Ribavirina devem ser avaliados para cada paciente.

Lembre que, durante o tratamento e até seis meses após, o casal deve fazer um rigoroso controle de natalidade. Com qualquer um dos parceiros em tratamento, as possibilidades de nascerem crianças com deformações genéticas são reais. Informe ao médico se você faz uso de drogas ou de álcool.

Quem não deve ser tratado:

- ▶ mulheres grávidas ou mulheres e homens que planejam encomendar um filho durante o tratamento ou até seis meses após;
- ▶ mulheres que estejam amamentando;

- ▶ pacientes anêmicos;
- ▶ pacientes com cirrose muito avançada e descompensada;
- ▶ portadores de hepatite auto-imune.

Possíveis problemas que podem impedir o tratamento:

Se você tem um dos seguintes problemas, fale com o seu médico antes de iniciar o tratamento:

- ▶ alcoolismo, inclusive nos últimos seis meses;
- ▶ câncer;
- ▶ depressão ou ansiedade;
- ▶ diabetes;
- ▶ distúrbios do sono ou insônia;
- ▶ hepatite B;
- ▶ HIV – AIDS;
- ▶ inflamação nos intestinos (colites);
- ▶ pressão alta;
- ▶ problemas atuais ou passados do coração;
- ▶ problemas de fígado diferentes da hepatite C;
- ▶ problemas nas tiróides;
- ▶ problemas renais;
- ▶ qualquer doença auto-imune, como a psoríase, o lúpus ou a artrites reumatóide;
- ▶ se realizou algum transplante de órgãos ou toma imunossupressores;
- ▶ uso de drogas de qualquer tipo, inclusive nos últimos seis meses.

Durante o tratamento, se você sentir qualquer um dos seguintes sintomas fale imediatamente com o seu médico:

- ▶ depressão ou tendências suicidas;
- ▶ dificuldade na respiração;
- ▶ diminuição da visão;
- ▶ dores no tórax, no estômago ou no baixo ventre;
- ▶ febre alta;
- ▶ feridas que não param de sangrar;
- ▶ vômitos ou diarreia com vestígios de sangue.

Prováveis efeitos colaterais durante o tratamento:

(Atenção: Não necessariamente estes efeitos irão acontecer. São listados porque alguns pacientes relataram terem passado por algum deles).

Efeitos considerados preocupantes:

- ▶ alguns pacientes relataram problemas inflamatórios nos olhos, pulmões ou nos rins;
- ▶ comportamento agressivo;
- ▶ depressão e pensamentos suicidas;
- ▶ diminuição das plaquetas e os glóbulos brancos do sangue, podendo levar ao aparecimento de infecções ou hemorragias;
- ▶ os glóbulos vermelhos podem diminuir criando um

quadro anêmico. Isto é perigoso para pessoas com problemas circulatórios ou cardiovasculares;

- ▶ pacientes com doenças auto-imunes poderão ter uma piora nestas doenças;
- ▶ problemas de comportamento e variações no humor;
- ▶ problemas na pressão arterial, variações nas batidas e muito raramente ataques de coração;
- ▶ severas dores de estômago podem indicar problemas em outros órgãos internos por causa da medicação.

Efeitos considerados *menos* preocupantes:

- ▶ alterações na taxa de glicose no sangue;
- ▶ diminuição da saliva, boca seca;
- ▶ fadiga extrema;
- ▶ falta de apetite, náuseas e perda de peso;
- ▶ mudanças na pele;
- ▶ perda momentânea de cabelo;
- ▶ perda na capacidade de concentração;
- ▶ problemas nas tiróides;
- ▶ secura dos olhos;
- ▶ sensação de estado gripal, como dor de cabeça, dores musculares, fadiga e febre (normalmente diminuem durante o tratamento);
- ▶ sensação de frio ou de calor;
- ▶ vermelhidão, esfoliações, inchaço e coceiras no local da aplicação.

Durante o tratamento:

- ▶ beba muita água;
- ▶ respeite os intervalos das aplicações não deixando passar os horários estabelecidos;
- ▶ se por qualquer motivo você passou alguns dias sem se aplicar o Interferon ou sem tomar a Ribavirina, não dobre a dosagem na próxima aplicação. Consulte o seu médico;
- ▶ siga corretamente as indicações de seu médico.

Algumas recomendações muito úteis:

- ▶ a mulher não pode amamentar durante o tratamento;
- ▶ a Ribavirina é indicada para ser ingerida junto com algum alimento, ou refeição;
- ▶ é preferível você aprender a se auto-aplicar o Interferon;
- ▶ em caso de gravidez de qualquer um dos parceiros, informe imediatamente ao seu médico;
- ▶ não tome nenhum outro medicamento, nem complementos vitamínicos, ou minerais sem consultar antes o seu médico;
- ▶ são necessários exames regulares de sangue para saber como está evoluindo o tratamento e diagnosticar efeitos colaterais.

Como controlar os efeitos colaterais

"A primeira injeção de Interferon parece o primeiro beijo, nunca se esquece"

A primeira aplicação é a que mais nos faz sofrer. Depois, o organismo vai se acostumando. Os efeitos colaterais mais severos na primeira ou segunda aplicação incluem febre, dores no corpo, dor de cabeça e calafrios durante um período aproximado de seis horas.

Antes de começar o tratamento, fale com o seu médico para que ele receite os analgésicos mais apropriados para a sua condição física. Não se automedique: *todos os medicamentos são processados no fígado.*

É conveniente aplicar a injeção de Interferon nas primeiras horas da noite. Os efeitos colaterais do Interferon geralmente começam entre quatro e seis horas depois da aplicação, assim, você estará dormindo quando os efeitos são mais fortes.

Para reduzir os efeitos colaterais, é aconselhável aumentar o consumo de líquidos antes e durante o tratamento. A meta é ingerir de quatro a cinco litros por dia, incluindo apenas bebidas sem cafeína e sem álcool. Beba preferencialmente água, porém sucos e chá também são indicados, sempre com moderação. Alguns grupos de apoio americanos aconselham seus associados a beberem até 12 litros de água no dia da primeira aplicação, passando depois a beber entre quatro e cinco litros, todos os dias.

A ingestão de líquidos aumenta a eliminação dos tóxicos produzidos pelos medicamentos, os quais, se permanecem no corpo, resultam em fadiga, dores de cabeça e musculares, além de confusão mental.

Pacientes que por qualquer problema acumulam líquidos no corpo devem consultar seu médico antes de ingerir líquidos em excesso.

Nunca ingira bebidas alcoólicas durante o tratamento ou colocará tudo a perder. O café deve ser evitado, pois aumenta a vontade de urinar. Cuidado com a chamada cerveja *sem álcool*, pois elas contêm 0,5% de álcool na sua composição.

Os primeiros 30 dias

Nas primeiras duas semanas de tratamento, o corpo tenta se acostumar com o Interferon e a Ribavirina.

Muitas pessoas relatam que sentem cansaço, que ficam alteradas emocionalmente, irritadas, sem apetite, perdem capacidade de concentração nas tarefas do dia a dia e têm até dificuldades para dormir. Lembre que qualquer efeito colateral que você sentir irá diminuindo de intensidade e até desaparecer após o primeiro mês de tratamento.

O mais perigoso dos efeitos colaterais é a depressão, geralmente caracterizada pela perda de interesse nas atividades habituais, tendência ao isolamento em relação à família e amigos, sentimento de tristeza, falta de sono e até pensamentos suicidas.

Se você experimentar algum destes sentimentos, avise imediatamente o seu médico.

Mantenha seu médico sempre informado de todas as sensações que experimentar, pois só assim ele poderá avaliar a evolução do tratamento e indicar correções de rumo.

Os primeiros 30 dias passam logo. Pense positivo, beba muita água para diminuir os efeitos colaterais, pois após este período tudo melhora.

DORES NO CORPO

Dor de cabeça

É um dos efeitos colaterais mais comuns no tratamento da hepatite C. Melhora muito ao se ingerir bastante água. Um analgésico como o paracetamol pode ser indicado pelo seu médico.

Cuidado! A Ribavirina pode causar anemia, e a dor de cabeça pode ter esta origem. Seu médico vai solicitar um hemograma para saber se existe um quadro de anemia.

Dores musculares

Dores musculares também são comuns durante o tratamento. São maiores nos primeiros 30 dias, e depois melhoram. Alguns podem sentir dores musculares durante todo o tratamento. O seu médico pode receitar paracetamol ou algum outro analgésico. Não se automedique, lembre que todos os medicamentos serão processados no seu fígado e que neste momento ele não pode ser sobrecarregado. A natação é um excelente método para aliviar as dores musculares.

Dores no corpo inteiro

Acontecem de forma similar às dores musculares, e seu tratamento é o mesmo. Porém, em alguns casos, estas dores podem ser derivadas de uma infecção chamada *crioglobulinemia*. O tratamento com Interferon pode melhorar as dores provenientes da crioglobulinemia.

Dores localizadas

Nas costas, perto do braço direito ou no abdômen — as dores geralmente acontecem de repente e desaparecem por si só, não requerendo tratamento.

Atenção!. Se sentir dor súbita no tórax, fale imediatamente com o médico.

PROBLEMAS ESTOMACAIS

Náusea

É um dos efeitos colaterais que mais acontecem, principalmente no início do tratamento. A Ribavirina pode ser a causa. É aconselhável tomar as cápsulas de Ribavirina junto a algum alimento.

Coma alimentos leves, em menor quantidade e a intervalos mais freqüentes. Lanches salgados, como um queijo branco ou um biscoito cream-craker são mais bem tolerados. Pastilhas de menta ou gengibre confeitado geralmente resolvem este problema.

Falta de apetite

É comum no início do tratamento, melhorando após este período. Beba muita água e sucos de frutas naturais. Tente comer aquilo de que você mais gosta. Prepare pratos multicoloridos, pois também comemos pelos olhos. Barras de cereais e frutos secos podem ser uma boa alternativa.

Câimbras abdominais

É uma ocorrência mais rara. Duram pouco tempo e dificilmente provocam diarreia.

PROBLEMAS INTESTINAIS

Diarréia

Pode acontecer no início do tratamento, porém não persiste. Pode ser controlada mediante a ingestão de compostos com fibras que absorvem os fluidos do estômago.

Hemorróidas

Podem acontecer nos pacientes que têm dano hepático mais avançado. Fale com o seu médico e, se necessário, consulte um cirurgião.

Ciclo menstrual

Algumas mulheres podem ter o ciclo menstrual alterado durante o tratamento, voltando à normalidade, ao final.

PROBLEMAS NA VISTA

Olhos

Podem acontecer irritações nos olhos durante o tratamento.

Olhos coçando ou ardendo

É um efeito pouco comum. Se acontecer, um bom colírio salino ou soro fisiológico pode ser suficiente. Porém, se persistir, será necessário consultar um oftalmologista.

Olhos secos

Também pouco comum. É um efeito facilmente tratado com um colírio salino ou gotas de soro fisiológico.

Visão embaçada

Acontece com algumas poucas pessoas em tratamento. O Interferon pode causar mudanças na retina. Consulte imediatamente um oftalmologista.

Perda de visão

Perda de visão em um dos olhos, ou nos dois, ou uma mudança brusca no foco da visão, como se a pessoa estivesse vendo um *túnel*, um *buraco* ou uma *sombra*, podem ser efeitos muito sérios, requerendo atenção médica imediata.

PROBLEMAS NO NARIZ

Congestão nasal

Acontece com frequência, principalmente nas primeiras semanas de tratamento. O Interferon pode irritar as membranas dentro do nariz. Normalmente, desaparece após as primeiras semanas de tratamento.

Feridas no nariz

Pela irritação das membranas da mucosa, podem aparecer feridas dentro do nariz. Não esfregue — isso só aumentará a irritação e a ferida. Pomadas oleosas podem ser prescritas pelo seu médico.

Nariz Seco

Pode ser aliviado por gotas de soro fisiológico ou por uma pomada oleosa.

PROBLEMAS NA BOCA

Boca seca

É um sintoma comum durante o tratamento. Beber muita água é o melhor dos medicamentos. Balas de hortelã, chicletes e balas sem açúcar também ajudam a manter a boca umedecida.

Gengivas sangrando

Pode acontecer ao escovar os dentes. Troque sua escova pela mais macia que encontrar na farmácia. O sangramento acontece porque o Interferon diminui a quantidade de plaquetas no sangue. Se possível, vá a seu dentista antes de iniciar o tratamento para executar os tratamentos que sejam necessários a sua saúde bucal.

PROBLEMAS DE PELE

Pele seca

A pele seca é uma ocorrência comum durante o tratamento. O uso moderado de sabonete, sabonetes hidratantes, xampus para cabelos secos e algumas loções hidratantes ajudam a controlar este problema.

Coceiras

É um efeito comum durante o tratamento, seja pelo aumento da bilirrubina, pela diminuição dos fatores alérgicos ou pelos próprios medicamentos.

Não se coce para não ferir a pele. Loções calmantes ou uma preparação à base de mingau de aveia aplicada sobre a pele podem oferecer alívio.

Erupções cutâneas

Devem ser comunicadas imediatamente ao médico, o qual irá observar se desaparecem rapidamente ou se são acompanhadas de bolhas, feridas ou febre.

Se moderadas, use pouco sabão e alguma loção calmante ou hidratante.

Para ter alívio imediato, uma loção calmante pode ser misturada com vaselina líquida na palma da mão e passada de forma circular na pele, durante um banho quente.

Suando muito

O aumento do suor é comum durante a terapia com o Interferon. Deve-se beber muita água para compensar a perda de líquido com a transpiração

PROBLEMAS CORPORAIS

Fadiga

É o efeito colateral mais sentido pelos portadores durante o tratamento. É muito forte no primeiro mês de tratamento, melhorando logo a seguir. Beber muita água ajuda a diminuir a fadiga.

Reprograme a rotina diária. Você vai notar que a fadiga é maior em determinado período do dia, sempre nos mesmos horários. Deixe para fazer as tarefas que consomem menor esforço físico para este horário, de preferência tarefas sentadas. Um cochilo, a tradicional *siesta latina* após o almoço, renova suas energias.

Evite tarefas que demandem muito esforço, porém não interrompa a sua rotina diária de exercícios. Os exercícios aeróbicos, como a caminhada, a natação ou andar de bicicleta são muito bons e até recomendados para ativar a circulação.

Peça ajuda para realizar as tarefas mais pesadas.

Insônia

Os pacientes que sentem dificuldades para dormir, ou inquietude noturna, com pensamentos vários, podem solicitar ao médico que coordena o tratamento da hepatite C que receite algum medicamento que provoque o sono. Você deve respeitar estritamente a dosagem receitada.

Dormindo pouco

Diferente da insônia, alguns pacientes acordam mais cedo do que o habitual, sem conseguir continuar dormindo. Em alguns pacientes, este pode ser um indicativo de depressão, que deve ser estudado pelo médico para indicar o medicamento mais apropriado ao caso.

Perda de cabelo

Algumas pessoas experimentam perda de cabelo. Quando isto acontece, o paciente fica apavorado, pois, além do aspecto visual que afeta seu ego, relaciona a perda de cabelo com a quimioterapia contra o câncer. Geralmente, a perda nunca é total; o cabelo torna-se mais suave, fino, diminui em quantidade. Após o fim do tratamento, o cabelo volta ao normal.

Temperatura corporal

Febre ou alterações na temperatura corporal são fenômenos raros. Podem ser sinal de infecção por baixa do sistema imunológico. Fale imediatamente com o seu médico.

EFEITOS EMOCIONAIS E PSICOLÓGICOS

A hepatite C, principalmente durante o tratamento, pode produzir uma série de transtornos emocionais e psicológicos. Lembre que, por ser uma doença assintomática, seus amigos e familiares não sabem que você está doente. Mas poderão notar que você vem se comportando de modo diferente, passando por alguma mudança, ou crise, sem vontade de compartilhar o tempo com eles. Atente para o fato de que você parecerá irritadiço, nervoso; enfim, uma pessoa com quem a convivência é impossível.

Então, é muito importante que você diga a eles que, neste momento, vai precisar de maior atenção e consideração, que está passando por um momento difícil da sua vida e que vai precisar, mais do que nunca, do apoio e compreensão deles. Explique o que é a hepatite C e como é o seu tratamento. Geralmente, seu parceiro sofre com o efeito colateral: sua irritabilidade.

Ansiedade

Sentir ansiedade é muito comum durante o tratamento. A ansiedade poderá ser controlada com apoio psicológico, espiritual, de um grupo de apoio; ou, ainda, por medicamentos receitados pelo médico que coordena o tratamento da hepatite C.

Depressão

É muito comum durante o tratamento sentir depressão em maior ou menor grau. A depressão pode se apresentar como uma simples tristeza, uma baixa na motivação, apatia, perda de interesse nas atividades do dia a dia, como um sentimento de

diminuição de nosso amor-próprio, ou ainda com pensamentos suicidas.

Todos os sintomas de depressão devem ser comunicados ao médico. Antidepressivos poderão ser receitados para seu tratamento. Não se automedique, pois pode ser perigoso. Freqüente um grupo de apoio na sua cidade.

Raiva

Alguns pacientes experimentam sentimentos de raiva e revolta, achando que tudo está dando errado para eles. Informe a seu médico se isto acontecer.

Emoções

Nas primeiras semanas de tratamento, alguns pacientes experimentam emoções (que vão de uma boa risada até o choro) fora de proporção para a situação que estão vivenciando. Se isso perdurar, fale com o seu médico.

Confusão mental

É comum, principalmente nas primeiras semanas de terapia. Cuidado ao realizar tarefas que necessitem de muita atenção, como dirigir um veículo. Beber muita água ajuda a reduzir este efeito colateral.

Falta de concentração

É normal sentir falta de concentração nas tarefas. Também aqui a ingestão de bastante água é um santo remédio.

GRAVIDEZ

CUIDADO! Durante o tratamento, tanto do homem como da mulher, use métodos efetivos para não conceberem. Este

cuidado deve se prolongar por até seis meses após o final total do tratamento. Tanto o Interferon como a Ribavirina podem causar graves problemas no embrião e no feto.

DESEJO SEXUAL

É provável que durante o tratamento, principalmente nas primeiras semanas, o interesse sexual fique diminuído. Este problema pode ter origem psicológica ou ser consequência dos efeitos colaterais dos medicamentos.

Se o homem tiver problemas de impotência, o médico pode ser consultado para receitar algum medicamento que o trate.

Lembre que, caso esteja tomado antidepressivos, as alterações no comportamento sexual podem ser causadas por este tratamento. Nestes casos, o médico poderá mudar a medicação para a depressão.

ALTERAÇÕES NOS EXAMES CLÍNICOS

Durante o tratamento, os resultados dos exames, hemogramas, transaminases, plaquetas, PCRs etc. irão apresentar alterações. Isto acontece em qualquer tratamento. Não tome nenhuma conclusão sem falar com seu médico e nunca, em hipótese alguma, se automedique.

Medicamentos de uso comum **Cuidados a tomar antes de ingerir**

Posso tomar outros medicamentos ?

Somente com autorização, acompanhamento e controle médico. Devem ser evitados todos os medicamentos que possam vir a causar dano hepático. Evite tomar aspirina, que pode causar uma hemorragia se você tiver dano hepático. Em caso de necessidade, diante de qualquer dor, tome paracetamol (componente do Tylenol e muitas outras marcas comerciais). Leia sempre com muita atenção a bula dos medicamentos.

Tylenol (Paracetamol - Acetaminofeno).

Trata-se de um medicamento para moderar a dor. É também eficaz para baixar a temperatura do corpo. O paracetamol pode causar dano ao fígado, em doses excessivas e/ou por período longos. Recomenda-se por conseguinte que adultos nunca tomem mais de 4 doses por dia (máximo de 2.000 mg. por dia), e nunca por mais de dez dias sem controle de um médico.

O dano ao fígado ocorre porque o paracetamol diminui a produção de glutathione, o agente desintoxicador que metaboliza as drogas mais perigosas.

O antídoto para o paracetamol é o N-acetyl-cysteine ministrado por via intravenosa ou oralmente. O N-acetyl-cysteine produz glutathione e previne o dano. No caso de dosagens excessivas de paracetamol, deve ser ministrado em no máximo 10 a 12 horas após o envenenamento. O procedimento é ineficaz se aplicado de 16 a 20 horas depois da ocorrência.

Também o aminoácido Methionine é um antídoto, se tomado ao mesmo tempo do paracetamol, ou pouco depois.

Na Inglaterra, há uma marca de paracetamol que contém o methionine e somente custa um pouco mais. O aminoácido methionine também está disponível em cápsulas, em lojas de vitaminas. Para aqueles com dano no fígado, pode ser interessante que, ao tomar o paracetamol, usem o antídoto, tomando juntamente o methionine com o paracetamol. Com isso, a possibilidade de qualquer dano ficaria reduzida.

Aspirina

É um dos mais antigos medicamentos para tratar a dor. Também se mostra eficaz para reduzir a temperatura do corpo. É antiinflamatório e inibe a coagulação do sangue. A aspirina também pode causar anormalidades nos exames de função do fígado. É um medicamento útil; entretanto, se você está tomando Interferon ou caso se encontre em fases mais avançadas da doença hepática, deve ter muitíssimo cuidado já que a aspirina aumenta o tempo de coagulação do sangue.

Se você tem hepatite, o melhor é consultar o seu médico antes de tomar aspirina.

Ibuprofeno

Um dos mais novos medicamentos para moderar a dor, também eficaz, reduzindo a temperatura do corpo, e como antiinflamatório, além de inibir a coagulação do sangue. O Ibuprofeno é eficaz para tratar a dor e o desconforto dos músculos e das juntas.

O Ibuprofeno pode causar uma alta transitória nas transaminases, principalmente na ALT (TGP), e alguns casos de hepatite tóxica, conforme foi registrado. De todos os medicamentos contra a dor, é o que tem mais alto risco de causar problemas. Se você tem hepatite, o melhor é consultar o seu médico antes de tomar Ibuprofeno.

Anti-histamínicos

Há muitas marcas e tipos, sendo impossível apresentá-los aqui. O melhor, antes de tomar qualquer anti-histamínico, é consultar seu médico. Ouvimos comentários — porém não existe nenhum trabalho apresentado em congressos — relatando que os anti-histamínicos podem reduzir os efeitos colaterais do Interferon. Ante a dúvida não faça a prova. Espere que isto seja comprovado cientificamente.

Xaropes para tosse

De novo, seria impossível listar todos aqui, pelo que se aconselha verificar os ingredientes e discutir com o seu médico. Porém, se você está tomando Interferon, tem de evitar os derivados do theophylline. Lamentavelmente, muitos xaropes para a tosse contêm theophylline.

Antiácidos estomacais

Em geral, contêm carbonato de cálcio ou óxido de magnésio, que não causam maiores problemas. São contraindicadas as novas marcas como o Tagamet, que contém cimetidine, o qual não deve ser usado por quem tem dano hepático. Discuta o uso destes novos antiácidos com o seu médico.

Como monitorar o portador de hepatite C ?

Os pacientes em tratamento da hepatite C devem fazer exames periódicos das suas funções, em períodos entre duas e quatro semanas. Durante a consulta médica, o médico perguntará sobre sinais de fadiga associados à infecção ou aos medicamentos, procurará sinais de inflamação no fígado e no baço, verificará também se estes pontos estão sensíveis ou

dolorosos ao toque. Também poderá observar a pele do paciente à procura dos chamados ninhos de aranha vermelhos, que podem surgir por causa da doença hepática.

Entre os exames de laboratório, serão realizadas contagens de plaquetas. Os níveis de transaminases TGO, TGP e GGT serão repetidos mensalmente, pois uma das características da doença é a variação neste exame. Antes do tratamento, uma biópsia do fígado deve ser solicitada para avaliar o dano hepático.

Os pacientes devem ser monitorados com avaliação clínica e bioquímica, mediante a realização de exames que incluam hemograma, bilirrubinas e tempo de protombina. A cada três meses, devem ser solicitados testes da função tireóide (T3, T4, TSH).

Os exames mais solicitados

Durante o diagnóstico da hepatite C, é considerada toda uma combinação de fatores que incluem o histórico do portador, o exame físico, uma série de exames de sangue e, finalmente, uma biópsia do fígado. Só um médico especialista em hepatite C pode fazer o diagnóstico de forma correta. Com médicos não-especialistas, tudo é uma questão de sorte, pois a maioria desconhece, ainda, a hepatite C.

Já o paciente fica alarmado, quando não apavorado, com a quantidade de exames solicitados. Durante o tratamento, a quantidade de exames vai aumentar. Com o simples intuito de o portador entender o porquê de alguns dos testes de laboratório mais comuns que podem ser solicitados, tento explicar, sem aprofundamento médico, qual é a função dos exames mais solicitados.

É bom lembrar que anormalidades que possam aparecer nos exames não são diagnósticos ou sinal de doenças específicas, e que só um médico qualificado, que conheça o caso individual do paciente, pode fazer um diagnóstico seguro.

Tento, assim, mostrar que o fato de alguns resultados se apresentarem anormais, especialmente as transaminases, não

indica necessariamente que o problema possa se dever à presença do vírus da hepatite C, ou alguma referência a um provável insucesso do tratamento. Ocorre que uma série de exames complementares será solicitada pelo médico para dar certeza de que o resultado não está alterado por alguma outra doença.

Antes de iniciar o tratamento, o médico deve ter total certeza de que os resultados anormais dos exames são oriundos da hepatite C, e não de qualquer outra doença que também possa alterar estes exames.

Transaminases

O exame mais solicitado aos portadores de hepatite C antes e durante o tratamento é o de transaminases. Vamos tentar explicar, de forma simples, algumas das dúvidas que a maioria dos portadores nos transmitem.

O que são as transaminases?

Um passo inicial para detectar problemas no fígado é um exame de sangue para determinar a presença de certas enzimas no sangue, comumente chamadas de transaminases.

Debaixo de circunstâncias normais, estas enzimas residem dentro das células do fígado. Mas, quando o fígado está com problemas, são derramadas na corrente sanguínea. Ou seja, um nível elevado de transaminases no sangue é sempre um sinal de alerta.

Entre as mais sensíveis destas enzimas, as mais representativas são as transaminases. Elas incluem a aminotransferase de aspartate (AST ou SGOT ou TGO ou GOT) e a aminotransferase de alanine (ALT ou SGPT ou TGP ou GPT).

As transaminases catalisam reações químicas nas

células, nas quais um grupo de amino é transferido de uma molécula doadora a uma molécula recipiente — é dessa *transferência* de grupos de *amino* que deriva o nome *transaminases*.

Normalmente, onde as transaminases são produzidas?

A TGO (AST ou SGOT ou GOT) normalmente é encontrada em uma diversidade de tecidos, inclusive o fígado, além do coração, músculos, rins e cérebro. É liberada no sangue, quando qualquer um destes tecidos está com problemas. Por exemplo, o nível TGO no sangue sobe com ataques de coração e com desordens nos músculos. A TGO então não é um indicador altamente específico de dano no fígado.

A TGP (ALT ou SGPT ou GPT) é encontrada, principalmente, no fígado, onde se encontra mais concentrada; mas não é produzida exclusivamente pelo fígado. É liberada na circulação sanguínea como resultado da existência da atividade celular no fígado. Serve então como um indicador bastante específico do estado deste órgão.

Quais são os níveis normais de TGO e TGP?

A gama normal de valores para TGO é de 5 a 40 unidades por litro de soro (a parte líquida do sangue). A gama normal de valores para TGP é de 7 a 56 unidades por litro de soro.

ATENÇÃO: Estes valores dependem do fabricante do exame utilizado pelo laboratório. É necessário sempre verificar quais são os *valores de referência* para se poder compará-los com os resultados. Tente, sempre que possível, fazer o exame no mesmo laboratório; assim uma média comparativa dos resultados poderá ser feita.

O que significa ter resultados de TGO e TGP elevados?

TGP e TGO são indicadores sensíveis de dano hepático para diferentes doenças. Mas, deve ser enfatizado que ter níveis mais altos destas enzimas que o normal não indicam, necessariamente, uma doença hepática estabelecida. Isso pode indicar algum problema, ou não. A interpretação dos níveis altos de TGO e TGP depende do quadro clínico em geral, e assim é melhor que isto seja determinado por médicos experientados em hepatologia.

Os níveis destas enzimas não medem a extensão de dano no fígado nem mostram um prognóstico da evolução futura. Assim, os níveis de TGO e TGP não podem ser usados para determinar o grau de dano hepático ou fazer prognósticos. Em pacientes com hepatite A aguda, as TGO e TGP são muito altas (às vezes alcançam milhares de unidades). Porém, a maioria destes pacientes com hepatite do tipo A recupera completamente o fígado, não restando no órgão nenhum dano. Na hepatite C, só é observada uma pequena elevação nas TGO e TGP, sendo que alguns destes pacientes podem ter evoluído para uma doença crônica com fibrose ou cirrose.

Que doenças causam níveis de transaminases anormais?

São encontrados níveis mais altos de TGO e TGO em desordens que causam a morte de numerosas células (necrose hepática extensa). Isto acontece nas hepatites agudas A ou B, no dano pronunciado infligido por toxinas, como o de uma overdose de paracetamol (TYLENOL), ou quando o fígado é privado de sangue fresco, que traz oxigênio e nutrientes. As transaminases nestas situações podem variar de dez vezes os limites superiores do normal para milhares de unidades por mililitro.

Moderadas elevações das transaminases são comuns. São encontradas freqüentemente em exames de sangue de rotina

de indivíduos saudáveis. É sempre importante se fazer a média dos últimos quatro resultados encontrados, para se saber certo como estão as transaminases.

A causa mais comum de moderadas elevações destas enzimas é o fígado gorduroso (esteatose). A causa mais freqüente de fígado gorduroso é o abuso de álcool. Outras causas de fígado gorduroso incluem a diabetes e a obesidade. A hepatite C também está se tornando uma causa importante de elevações das transaminases.

Que medicamentos causam níveis de transaminases anormais?

Alguns medicamentos podem elevar as transaminases. Entre eles, temos os que contêm os seguintes princípios ativos:

- ▶ medicamentos para alívio da dor com aspirina, paracetamol, acetaminofeno, ibuprofeno, neproxeno, diclofenato e feenybutazone;
- ▶ medicamentos de anti-ataque apoplético com fenytoin, ácido valproico, carbamazepine e fenobarbital;
- ▶ antibióticos como as tetraciclina, sulfonamidas, isoniazid (INH), sulfametoxazole, trimetoprim, nitrofurantoin etc.;
- ▶ drogas para o colesterol como estatinas e niacina;
- ▶ drogas cardiovasculares como amiodarone, hidralazine, quinidine etc.;
- ▶ antidepressivos do tipo tricyclic.

Com anormalidades nas transaminases originadas por medicamentos, os valores voltam ao normal semanas ou meses depois de serem interrompidos.

Quais são as causas menos comuns de níveis de transaminases anormais?

Causas menos comuns de transaminases anormais

incluem a hepatite B na forma crônica, a hemocromatose, a doença de Wilson, e, a hepatite auto-imune.

Embora não tão comum quanto na hepatite C, a hepatite B pode tornar-se crônica e apresentar resultados anormais nas transaminases.

Hemocromatose é uma desordem genética na qual há absorção excessiva do ferro ingerido na alimentação, conduzindo à acumulação de ferro no fígado, o que por sua vez produz inflamação, que pode levar à fibrose e à cirrose.

A doença de Wilson é uma desordem hereditária com acumulação excessiva de cobre em tecidos diversos, inclusive o fígado e o cérebro.

Incidência de cobre no fígado pode produzir inflamação, enquanto cobre no cérebro pode causar problemas psiquiátricos e perturbações motoras.

A hepatite auto-imune é provocada pelos próprios anticorpos do corpo e sistemas de defesa que atacam o fígado, aumentando as transaminases.

Raramente as transaminases anormais podem ser um sinal de câncer no fígado.

Como as pessoas saudáveis com transaminases anormais devem ser avaliadas?

Avaliação de pacientes saudáveis com transaminases anormais devem ser feitas de forma individualizada. O médico pode pedir resultados de exame de sangue antigos para comparação. Se nenhum registro antigo estiver disponível, será necessário repetir os exames de sangue por semanas ou meses para ver se estas anormalidades persistem. O médico procurará fatores de risco para hepatites B e C, que incluem múltiplos parceiros sexuais, história de transfusões de sangue, uso de drogas injetáveis ou aspiradas e exposição profissional. Uma

história familiar de doenças pode indicar a possibilidade de doenças hereditárias como hemocromatoses ou a doença de Wilson.

O padrão de anormalidades das transaminases pode prover pistas úteis da causa da doença. Por exemplo, a maioria dos pacientes com doença de fígado alcoólica tem níveis de transaminases que não são tão altos quanto os níveis observados na hepatites viróticas agudas, sendo que o TGO tende a ficar maior do que o TGP. Assim, em doença de fígado alcoólica, o TGO está normalmente debaixo de 300 unidades, enquanto o TGP normalmente fica debaixo de 100 unidades.

Se o álcool ou medicamentos são os responsáveis pelos níveis anormais das transaminases, ao eliminar o uso de álcool ou do medicamento, os níveis deverão voltar ao normal em semanas ou meses. Se houver suspeita de que a causa do fígado gorduroso é a obesidade, uma redução do peso de 5% a 10% também deveria trazer as transaminases a níveis normais ou próximos do normal.

Se as transaminases anormais persistirem, apesar de abstinência de álcool, redução de peso e com a eliminação das drogas suspeitas, deverão ser realizados exames de sangue para diagnosticar outras doenças no fígado. Deve-se testar a presença de hepatites B e C, o nível de ferro e ferritina, que é normalmente elevada em pacientes com hemocromatoses. Os níveis de certos anticorpos específicos podem estar elevados em pacientes com hepatite auto-imune.

O ultra-som pode ser usado para excluir suspeitas de que tumores possam estar obstruindo os canais que conectam o fígado ou determinar a presença de depósitos de gordura no órgão.

A biópsia solicitada antes do tratamento é um procedimento no qual uma agulha é inserida pela pele na parte superior do abdômen para obter uma pequena quantidade de tecido hepático, que será examinado em um microscópio.

Não são todos os que têm transaminases anormais que precisam de uma biópsia. O médico normalmente recomendará este procedimento se:

- ▶ as informações obtidas da biópsia forem úteis para planejar o tratamento;
- ▶ o médico precisar saber a extensão e a severidade do dano hepático, ou;
- ▶ avaliar a efetividade ou necessidade de tratamento.

Existem outras enzimas?

Alem da TGO e TGP, há outras enzimas, que incluem a fosfatase alcalina e a gama glutamil transaminases (GGT), as quais são testadas durante o tratamento da hepatite ou em pacientes com doenças mais avançadas.

GGT - GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE OU TRANSPEPTIDASE

Do mesmo modo que a fosfatase alcalina, é produzida nos dutos da biliar, podendo ser elevada em pacientes com doenças nesses dutos. Elevações do GGT, especialmente junto com elevações da fosfatase alcalina, sugerem a existência de doença nos dutos da biliar.

A GGT é um teste extremamente sensível, e pode mostrar resultados elevados por qualquer doença, às vezes até mesmo em indivíduos normais. A GGT também é induzida por muitas drogas, inclusive álcool, e seu nível pode ser aumentado em grandes bebedores, inclusive na ausência de dano hepático ou inflamação.

FOSFATASSE ALCALINA

Fosfatase alcalina é uma enzima, ou, mais precisamente, uma família de enzimas relacionadas, produzida nos dutos da bÍlis, no intestino, rins, placenta e ossos. Uma elevação no nÍvel da fosfatase alcalina, especialmente quando o TGP é normal ou modestamente elevado, e alguma atividade na TGO sugerem doença nos dutos da bÍlis.

A fosfatase alcalina tambÍm é produzida nos ossos, podendo mostrar-se aumentada mediante a existÍncia de algum problema na estrutura óssea.

BILIRRUBINA

Bilirrubina é o produto da destruição de células vermelhas do sangue. Valores altos indicam que está acontecendo a destruição das células vermelhas; no entanto, há outras fontes possíveis de produção dessa mesma alteração.

Na fase aguda das hepatites, a bilirrubina geralmente é elevada, passando a valores normais durante a fase crônica da doença e, posteriormente, aumentando os valores, de novo, na instalação da cirrose.

ALBUMINA

Albumina é a principal proteína da circulação sangüínea. A albumina é sintetizada pelo fÍgado e segregada no sangue. Baixas concentrações de albumina indicam que a função do fÍgado está deficiente. A concentração de albumina geralmente é normal em doenças crônicas do fÍgado, mas somente até a instalação de uma cirrose, que é um dano maior. NÍveis de albumina podem ser baixos em outras doenças, como a desnutrição, infecções renais e outras condições mais raras.

TEMPO DE PROTOMBINA

Muitos fatores de coagulação do sangue são produzidos no fígado. Quando o dano hepático é elevado, as sínteses dos fatores de coagulação fica reduzida. O tempo de protombina é um tipo de teste de sangue executado no laboratório. Fornece resultados elevados quando as concentrações no sangue de alguns dos fatores de coagulação estão baixas.

Na doença crônica do fígado, o seu valor não é normalmente elevado até que a cirrose esteja presente; então, o dano hepático mostra-se bastante significativa.

Na fase aguda de doenças do fígado, o tempo de protombina pode mostrar-se elevado, com dano severo no fígado, e poderá voltar ao normal quando o paciente se recupera. O tempo de protombina também pode ser elevado em casos de deficiência de vitamina K.

CONTAGEM DAS PLAQUETAS

Plaquetas são as menores células do sangue. Em algumas pessoas com doença no fígado, o baço é aumentado quando o fluxo de sangue pelo fígado é dificultado, isolando as plaquetas no baço, que se hipertrofia.

Nas doenças crônicas do fígado, a contagem das plaquetas somente diminui depois que a cirrose se desenvolve. A contagem de plaquetas pode mostrar-se anormal em muitas outras doenças, não somente nas doenças do fígado. Durante o tratamento, especialmente no uso do Interferon Peguilado, as plaquetas podem diminuir.

As plaquetas são células do sangue que controlam as hemorragias. O fígado produz os fatores de coagulação envolvidos neste processo. A plaquetopenia é a designação usada para definir a diminuição do número de plaquetas no sangue.

CONTAGEM DE NEUTRÓFILOS

São células do sangue. A redução dos neutrófilos é chamada de *neutropenia*, sendo muitas vezes relacionada com a *leucopenia*. A causa mais comum é o uso de medicamentos. O aumento dos neutrófilos é chamado de *neutrofilia*, muitas vezes referida como *leucocitose*.

CONTAGEM DE LEUCÓCITOS

Os leucócitos são as células brancas do sangue. A redução dos leucócitos é chamada de *leucopenia*. O aumento é chamado de *leucocitose*, indicando a existência de um processo infeccioso no organismo.

CONTAGEM DE HEMÁCIAS

As hemácias são os glóbulos vermelhos do sangue. A redução de hemácias é chamada de *anemia*.

Genótipos

Atualmente, passou a ser imperativo determinar o genótipo do vírus da hepatite C antes de se iniciar ao tratamento. Esse instrumento permite determinar a duração do tratamento, entre 24 ou 48 semanas, assim como a dosagem da Ribavirina a ser empregada, podendo ainda ser feito um prognóstico das chances de sucesso para cada paciente em particular.

Não existem estudos que possam afirmar que diferenças entre os genótipos interfiram na evolução da doença, a sua facilidade de transmissão ou a sua agressividade. Aparentemente, todos agem iguais, diferenciando-se só pela resposta ao tratamento. Este é um tema que ainda provoca muita discussão e controvérsia entre os pesquisadores.

Quantos genótipos existem?

Existem, detectados até o momento, os seguintes genótipos: 1.a, 1.b, 1.c, 2.a, 2.b, 2.c, 3.a, 3.b, 4.a, 4.b, 4.c, 4.d, 4.e, 5.a, 6.a, 7.a, 7.b, 8.a, 8.b, 9.a, 10. a, e, 11.a . Estes genótipos diferentes indicam diferentes famílias dentro do mesmo vírus, com pequenas variações entre si. Poderíamos citar as diferentes raças humanas: brancos, pretos, asiáticos, chineses etc., porém todos são seres humanos, com pequenas diferenças genéticas.

Os genótipos 1, 2 e 3 são os mais comuns na Europa e nas três Américas. O 1.a aparece também na Austrália e o 1.b na Ásia; o 2.a no Japão e na China; o 2.b aparece mais na Europa do Norte e o 2.c no sul da Europa; o 3.a na Austrália e na sul da Ásia; o 4.a no Egito; o 4.c na África Central; o 5.a na África do Sul; o 6.a em Hong Kong, Macau e Vietnam; o 7.a e 7.b na Tailândia; o 8.a, 8.b, e, 9.a no Vietnam, e, o 10.a e 11.a na Indonésia.

Na Europa e nas Américas, aproximadamente 75% dos infectados são portadores do genótipo 1. Nos 25 % restante dos infectados, a maioria se encontra contaminada pelo genótipo 3, seguido do 2. Os genótipos 4, 5 e 6 acontecem isoladamente, em determinadas regiões, principalmente por causa das correntes migratórias.

Sempre, antes de iniciar o tratamento, solicite que seja detectado seu genótipo, pois somente assim poderá ser possível determinar o tempo do tratamento

Carga viral – PCR

A carga viral, ou PCR QUANTITATIVO, é o volume de vírus específicos presentes no organismo, num determinado volume de sangue (normalmente 1 mililitro = 1 centímetro cúbico). Este valor corresponde à quantidade de genomas virais ou Unidades Internacionais.

Não há relação significativa entre a quantidade de vírus no sangue e os valores das transaminases (TGO e TGP), ou do dano hepático que possa ocorrer no paciente. A carga viral varia nos pacientes infectados, mas não mede a severidade da doença hepática induzida por vírus.

A carga viral é apenas um prognóstico sobre as chances do tratamento. Sabemos que pacientes com carga viral abaixo de 600.000 UI (2 milhões de vírus ou 6,3 log) respondem melhor ao tratamento do que aqueles com carga viral acima destas quantidades.

O que significa não-detectável ou negativo?

A carga viral pode variar desde *não-detectável* (ou *indetectável*) até milhões de vírus. O significado do não-detectável ou negativo difere de acordo com o método de exame de medida utilizado.

O limite de detecção utilizado em um laboratório para testes *quantitativos* de RNA HCV PCR é de 200 genomas virais/ml (os *qualitativos* podem detectar até mesmo 50 genomas virais/ml.). Os exames menos caros são os BDNA quantitativos, e têm um potencial de limite de detecção de 200 mil genomas virais/ml. É menos sensível, porém, quando se chega ao seu limite mínimo de detecção, é mais acurado do que o exame por PCR.

Então, quando o paciente estiver negativo, talvez não tenha o vírus da hepatite C em seu sangue. No entanto, pode ser também que o tenha, mas que o número de vírus seja menor do que o limite de detecção do exame feito.

Portanto, o vírus *não se mostrará presente até o limite mínimo de detecção do exame efetuado.*

Por exemplo: digamos que você tenha feito o exame através do BDNA e que o limite de detecção seja de 200 mil genomas virais/ml. Qualquer número abaixo deste será registrado

como *negativo* ou *não-detectável*, quando, na realidade, você pode ter genomas virais presentes em seu sangue, mas em quantidade menor do que o limite a partir do qual tornam-se detectáveis pelo exame.

Seu médico e seu laboratório poderão lhe aconselhar e explicar qual seria o melhor tipo de exame para o seu caso específico.

É necessária a biópsia do fígado antes do tratamento?

Sim, pois é o único exame que mede realmente a extensão ou grau do provável dano hepático — nenhum exame de sangue é capaz de indicá-lo. A biópsia fornece valiosa informação sobre o estado do fígado, o prognóstico da possível evolução e ainda como deverão ser administrados os medicamentos.

É freqüente que pacientes com hepatite C não experimentem sintomas. Por outro lado, outros reclamam de fadiga excessiva, fraqueza e uma diminuição de capacidade para exercícios. Como o dano hepático pode acontecer até mesmo em casos assintomáticos (nenhum sintoma), é importante submeter-se à biópsia para determinar se há dano no fígado, especialmente antes de se iniciar o tratamento com Interferon. A biópsia do fígado indica o grau de necrose celular (morte de células), inflamação (infiltração celular e inchaço) e cirrose (tecido cicatrizado).

Em alguns casos, nos quais se observam evidências de uma cirrose já estabelecida, com sintomas como a ascite (barriga de água), ou varizes no esôfago, associados a indicadores como plaquetas baixas, a biópsia é dispensada, pois o diagnóstico pode ser feito pelos resultados clínicos do paciente. Portadores hemofílicos ou com problemas de coagulação não podem realizar a biópsia, pois há a possibilidade de ocorrência de sangramentos.

Alguns médicos, no caso de o paciente estar infectado com os genótipos 2 ou 3 do vírus, acham que a biópsia é

desnecessária, e preferem iniciar logo o tratamento, pois raciocinam que, se nestes genótipos é conseguida uma cura da ordem de 70% dos tratados, não é necessário o resultado da biópsia para outras decisões; e é fato que, nesses casos, os medicamentos são eficazes, propiciando excelentes chances de solucionar o problema e eliminar definitivamente o vírus.

O que é uma biópsia ?

A biópsia do fígado é um procedimento diagnóstico que retira uma pequena quantidade de tecido para ser examinado num microscópio, ajudando a identificar a causa ou fase da doença. O modo mais comum de se obter a amostra é inserir uma agulha no fígado. Isso pode ser feito no hospital ou numa clínica, com um anestésico local, e o paciente pode ser enviado para casa após duas ou três horas, ou no máximo no dia seguinte, se não houver nenhuma complicação.

A biópsia pode ser realizada de forma percutânea, por endoscopia ou por videolaparoscopia. Na biópsia percutânea, o médico determina o melhor local, profundidade e ângulo do furo da agulha por exame físico e pelo uso de um aparelho de ultrassom. São anestesiadas a pele e a área debaixo da pele, e uma agulha é passada depressa até o fígado. Na biópsia por videolaparoscopia, o exame é feito por meio de um cateter guiado por uma microcâmera de vídeo. Na biópsia por endoscopia, um cateter com uma microcâmera de vídeo é introduzido pelo esôfago.

Somente 1 em cada 30 pacientes que realizam a biópsia relata ter sentido alguma dor, enquanto outros experimentam uma dor irradiada que pode repercutir em outros órgãos. Os pacientes são monitorados durante algumas horas, após a biópsia, período no qual se observa se existe ou não hemorragia. Alguns pacientes sofrem uma baixa súbita da pressão sanguínea depois de uma biópsia, causada por um reflexo de vagal e não por perda de sangue, ou seja, causada por irritação súbita da membrana peritoneal. As características que distinguem este evento de uma hemorragia são: pulso lento em lugar de acelerado, paciente suando acima do normal e náusea.

O tamanho de material recolhido ao fazer uma biópsia varia entre 1 e 3 centímetros em comprimento e entre 1,2 e 2 milímetros em diâmetro, representando 1/50.000 da massa total do fígado.

Se a biópsia mostrar um processo de cirrose, isto determinará a necessidade de exames adicionais, como endoscopia superior, para verificar se existem varizes no esôfago (veias inchadas no esôfago que podem causar hemorragias) e também testes de sangue para câncer, detectando a presença de alfa-fetoproteína (AFP) e uma ultra-sonografia do fígado.

A biópsia é um procedimento seguro quando executado por operadores experientes. Embora o fígado tenha uma provisão vascular rica, complicações associadas com uma biópsia são muito raras. Complicações secundárias depois de uma biópsia incluem desconforto localizado no local da biópsia e dor, que requer o uso de algum analgésico. Aproximadamente ¼ dos pacientes têm dor no quadrante superior direito do abdômen ou também no ombro direito depois da biópsia. A dor normalmente é moderada. Dor contínua, severa, no abdômen poderia indicar uma complicação mais séria, como sangramento ou peritonites (inflamação da membrana que reveste as paredes das cavidades abdominais e pélvicas). O médico deve ser avisado se isto acontecer.

Os fatores de risco para hemorragia depois da biópsia são a idade avançada, mais de três tentativas com a agulha para a execução do procedimento, e a presença de cirrose ou câncer de fígado. A taxa de mortalidade entre pacientes depois de uma biópsia percutânea é de aproximadamente 1 em 12.000. A mortalidade é mais alta entre pacientes que sofrem biópsias de lesões malignas. A cirrose é outro fator de risco para hemorragia fatal durante uma biópsia de fígado. É recomendável realizar a biópsia numa clínica que tenha infra-estrutura hospitalar, caso aconteça alguma complicação.

Quais os perigos da biópsia ?

O risco de uma biópsia é mínimo. O risco primário é o sangramento do local de entrada da agulha no fígado, embora

isto aconteça em menos de 1% dos pacientes. Outras possíveis complicações são a perfuração de outros órgãos, como os rins, pulmão ou cólon. Felizmente, o risco de morte durante a realização da biópsia é extremamente baixo, variando de 0.1% a 0.01%. Uma biópsia não deveria ser feita se:

- ▶ você tomou aspirina nos últimos 5-7 dias;
- ▶ a hemoglobina está abaixo de 9-10 gramas/dl;
- ▶ as plaquetas estão abaixo de 50-60;
- ▶ a protombina está acima de 1.4;
- ▶ o paciente possui desordens que provocam sangramentos, como hemofilia, que pode ser corrigida temporariamente com fatores de coagulação.

Existe dor ao fazer a biópsia ?

A maioria dos médicos não fará biópsia com anestesia geral. Isso porque o fígado está diretamente abaixo do diafragma e movimentos como a respiração dificultam o trabalho. Quando a agulha é inserida na pele e na parede do corpo, o fígado não deve movimentar-se ou então há perigo de dilaceração. Para impedir o movimento do fígado, o paciente tem de deixar de respirar momentaneamente. Médicos preferem que você fique alerta e acordado, mas, se você estiver muito ansioso, pode solicitar um sedativo para ajudá-lo a relaxar.

As injeções do anestésico local e o furo da agulha podem ser um pouco dolorosas para algumas pessoas, mas só levam um instante, e a dor cessa logo. Há pessoas que não sentem dor alguma e nem mesmo percebem nada, até tudo estar acabado. Ocasionalmente, haverá uma pequena dor depois da biópsia. Se você a achar muito incômoda, seu médico geralmente prescreverá um medicamento.

A dor pode estar bem longe do local da biópsia, possivelmente no interior do estômago ou, curiosamente, no ombro direito. No próprio fígado, não haverá nenhuma dor, mas

uma quantidade pequena de sangue na cavidade abdominal acima ou abaixo do diafragma pode ser irritante e dolorosa. Muito ocasionalmente, uma pequena cicatriz pode formar-se perto do local da biópsia, podendo causar uma dor crônica que persiste perto da área, posteriormente.

O que significa a classificação **METAVIR**

No novo protocolo de tratamento da hepatite C, um dos critérios para ser contemplado com o medicamento gratuitamente no SUS é o grau de fibrose medido pelo índice METAVIR. No protocolo está escrito:

C) ter realizado, nos últimos 24 meses, biópsia hepática onde tenha sido evidenciada atividade necro-inflamatória de moderada a intensa (maior ou igual a A2 pela classificação Metavir ou atividade portal ou peri-septal grau 2 da classificação da Sociedade Brasileira de Patologia) e/ou presença de fibrose de moderada a intensa (maior ou igual a F1 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia)...

Vamos tentar explicar o que significa esta escala, sem entrarmos em detalhes e com poucos termos médicos, simplesmente para termos uma idéia geral. Os estágios da atividade inflamatória são identificados pela letra **A**, seguida de um número com valores entre zero e quatro, conforme o grau de atividade inflamatória encontrada pelo patologista. Eles indicam a atividade inflamatória existente nesse momento no fígado.

Os mais importantes para se determinar o dano existente no fígado são os estágios ou graus de fibrose, representados na

escala METAVIR pela letra **F**, seguido de um número, entre zero e quatro. **F** representa fibrose, e o número a seguir, o grau de fibrose. Esta escala só mede o estágio da fibrose. Não deve ser confundida com a inflamação do fígado, com a qual não tem relação.

F0 significa que não existe nenhuma fibrose.

F1 indica a existência de um número pequeno de fibras anormais, chamada fibrose em expansão dos espaços porta.

F2 indica poucas pontes de fibrose entre os espaços porta, que podem ser porto-portal ou centro portal.

F3 indica numerosos septos ou fibras que invadem os espaços porta-porta; preservação apenas parcial da estrutura lobular; pode ser observado o início da formação de nódulos.

F4 indica uma fibrose severa se estendendo desde os espaços portas para a veia central do fígado, com predomínio de áreas nodulares em relação a lóbulos remanescentes. É considerada como *cirrose* plenamente identificada.

A escala METAVIR pode ajudar a calcular a progressão da fibrose

O Dr. Poynard publicou na revista *The Lancet* (março de 1997) um estudo para tentar calcular a velocidade anual de progressão da fibrose em pacientes com hepatite C, comparando o estágio Metavir encontrado com o tempo da infecção. Nos casos em que não é possível saber o momento exato da infecção, ele usa duas biópsias, com intervalo mínimo de dois anos entre elas.

O cálculo é fácil de ser realizado, pois divide o índice Metavir encontrado pelo número de anos da contaminação, ou, no caso de duas biópsias, é usada a diferença encontrada nelas, dividida pelo número de anos. Porém, para um cálculo exato,

sem distorções, é necessário dispor de resultados de biópsias absolutamente precisos, e muito bem avaliados.

O prognóstico da progressão da fibrose por este cálculo é pouco usado, pois muitos fatores, alguns até externos à hepatite C, como o uso do álcool, ou outros problemas hepáticos, podem dar uma falsa projeção do dano causado pelo vírus C. Porém, comentamos o caso pois, como curiosidade, é um dado interessante.

O cigarro pode agravar o dano hepático

Os infectados com o vírus da hepatite C devem evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas, já que esses hábitos podem prejudicar ainda mais seus fígados. Em geral, os fumantes apresentam valores da transaminase TGP mais elevadas do que pacientes que não fumam.

Esta elevação não é tão elevada como naqueles que consomem bebidas alcoólicas, porém, nos portadores de hepatite C, deve ser evitada qualquer situação que possa inflamar ainda mais o fígado.

Pessoalmente, aconselho os portadores a esquecer totalmente as bebidas alcoólicas, e para os fumantes recomendo um programa para abandonar, ou reduzir ao máximo, o vício do cigarro, evitando, assim, o agravamento do problema hepático.

Progressão da doença – Quando tratar?

A maior apreensão dos portadores de hepatite C geralmente se refere ao avanço da fibrose. Muitos se perguntam quantos anos ainda faltam para ela evoluir para uma cirrose, ou quantos anos de vida ainda nos restam. Ocorre que ninguém poderá responder a isso com certeza. Não existe método exato para se determinar a progressão da doença hepática em

determinada pessoa. A fibrose é simplesmente uma acumulação de células, que podem ser regeneradas; o seu lento avanço leva à formação de nódulos ou cicatrizes, uma característica da cirrose. As causas da fibrose incluem doenças congênitas, metabólicas, inflamatórias ou tóxicas que atacam o fígado.

O que deve ser considerado é que o avanço da fibrose num indivíduo fisicamente saudável se realiza de modo muito lento. Os diversos genótipos do vírus da hepatite C ou a quantidade de vírus existente não influem na velocidade da progressão da fibrose. Na hepatite C, em pessoas sem outras complicações ou fatores de risco, em condições normais, o tempo de evolução da fibrose para chegar a desenvolver a cirrose é superior a 20 anos.

Nos casos mais rápidos, a cirrose pode apresentar-se em 13 anos, e nos mais lentos, em 42 anos. Os fatores de risco mais comuns para acelerar a progressão são o uso de bebidas contendo álcool ou ter sido contaminado com a hepatite C após os 40 anos. Outros problemas podem acelerar a fibrose, entre os quais o mais perigosos é a obstrução dos condutos biliares ou das veias do fígado. Um alcoólatra, portador de hepatite C, poderá desenvolver a cirrose em até 3 anos.

Recentemente, foi publicado um interessante estudo mostrando o risco de desenvolver cirrose a que está submetido um portador de hepatite C. O resultado é muito menor do que o que até hoje se estimava. O estudo chegou à conclusão de que 10 e 15% dos portadores de hepatite C desenvolverão cirrose 20 anos após a infecção.

Porém, foram encontrados vários fatores que afetam a velocidade de progressão para a cirrose. Entre eles, temos a idade do portador, indicando que pacientes que se contaminaram quando tinham mais de 40 anos têm maiores chances de chegar a uma cirrose em menor espaço de tempo. Mas há outros fatores... O processo progride mais rapidamente no sexo masculino do que entre as mulheres. O consumo de álcool, entre 30 e 50 gramas por dia, acelera a progressão para a cirrose, assim como manter as transaminases elevadas.

Muitos estudos foram realizados para determinar quais fatores estão associados a estes riscos, porém ainda permanece

uma incógnita a previsão de quem tem maior risco de chegar a uma cirrose ou desenvolver um câncer.

A severidade da inflamação do fígado (transaminases elevadas) normalmente é considerada um fator prognóstico de progressão da fibrose. Também outras agressões ao fígado aumentam a aceleração do dano hepático, como o contágio com uma outra hepatite viral, como as hepatites A, B, D ou E. (Todos os portadores de hepatite C devem tomar as vacinas contra as hepatites A e B, sendo que a vacina para a hepatite B também imuniza contra a hepatite D). A co-infecção pelo HIV também pode acelerar o avanço do dano hepático pela hepatite C.

A esteatose (depósito de gordura no fígado) é uma das maiores preocupações da vida moderna, dada a alimentação incorreta em conjunto com a vida sedentária, fatores que aumentam a inflamação do fígado. Depósito de ferro ou cobre no fígado, diabetes, obesidade, os radicais livres ou a idade avançada também aceleram a fibrose.

A fibrose pode ser reversível quando o agente causador é eliminado do organismo. Daí a importância do tratamento da hepatite C, visando acabar com o vírus. Acredita-se que todos os casos de fibrose possam regredir em algum grau. Somente nos casos cirróticos é que ainda existe discussão acadêmica sobre se é possível fazer regredir as cicatrizes formadas pela cirrose. Muitos pesquisadores estão abordando este tema.

Estão em andamento estudos para se poder medir o grau de fibrose por um simples exame de sangue. Porém, atualmente, a biópsia mantém-se como o único exame que consegue medir com certeza o grau de fibrose existente no fígado. Quando realizar uma biópsia, exija do patologista que seja empregada uma escala conhecida, como a METAVIR ou a da SBH - Sociedade Brasileira de Hepatologia. Não aceite resultados só descritivos, pois o laudo vai ser subjetivo, dependendo da interpretação do patologista. Guarde sempre o laudo e as lâminas em seu poder, para comparações futuras.

Ainda não existe nenhum medicamento ou tratamento com capacidade realmente comprovada para diminuir o grau de fibrose. Somente a eliminação do agente causador é que consegue reduzi-la. Nos casos em que o vírus não é eliminado pelo tratamento com Interferon e Ribavirina, procura-se reduzir a

inflamação, normalizando as transaminases. Esta é a melhor das opções à disposição do médico.

Como métodos alternativos, o uso de antioxidantes (vitaminas C e E, ou ácido Omega3) ou hepato protetores (Sylimarina e Alcachofra) podem configurar uma ajuda importante, ajudando a eliminar os radicais livres originados pelo excesso de ferro, cobre ou por outros depósitos não corretamente metabolizados pelo fígado.

Medicamentos com propriedades antifibróticas estão sendo estudados. Entre eles, temos os corticosteróides, que já são usados; porém a sua atividade é somente antiinflamatória, não tendo propriedades antifibróticas. O uso contínuo do Interferon, da Ribavirina ou do ácido ursodexólico também vem sendo estudado para reduzir a fibrose. Drogas antialérgicas que mostram efetividade na inflamação dos rins ou do coração também estão sendo estudadas em relação à inflamação no fígado. Diversas ervas usadas na China também são hoje objeto de pesquisas.

Todos estes estudos ainda se encontram em andamento, e como já se repetiu algumas vezes, o portador jamais deve se automedicar. Sempre, antes de tomar qualquer produto, inclusive os chamados naturais, o médico deve ser consultado.

O futuro nos reserva, a curto e médio prazos, formas efetivas de controlar a progressão da fibrose, como também de poder medir o dano hepático por métodos não-invasivos, sem a necessidade de realização de uma biópsia.

Para quem vai iniciar o tratamento da hepatite C, a estratégia do tratamento e a decisão de iniciá-lo devem partir de uma avaliação da evolução natural da doença, do estado atual do dano hepático e do estado físico e psíquico do portador, pesquisando, dentro do grupo de risco do paciente, os prováveis fatores associados que possam influenciar, retardando ou acelerando, seu provável avanço. Todos estes dados são teóricos e devem ser apresentados pelo médico. E finalmente será o próprio paciente que deverá tomar a decisão final, dizendo se deseja realizar o tratamento.

Antes do tratamento, prepare seu organismo e sua mente

O sucesso do tratamento vai depender muito de diversos fatores. Pacientes que se dedicam mais intensamente, e que conseguem chegar ao final do tratamento tendo respeitado as dosagens dos medicamentos, aplicando-se nos espaços de tempo recomendados, obtêm melhores respostas do que outros que, por qualquer motivo, em algum momento interromperam a administração dos medicamentos.

Para se ter sucesso no tratamento, nada melhor do que a informação, pois assim, o paciente saberá antecipadamente quais problemas poderá enfrentar. A informação que o paciente e a própria família devem ter é extensa, e muitas vezes o médico não tem tempo de transmiti-la, toda, ao paciente. Assim, o paciente deve procurar meios próprios para obter informação. Livros, Internet e principalmente os grupos de apoio são fundamentais para se chegar ao final do tratamento sem maiores dificuldades.

Em muitas palestras, quando me perguntam qual é o pior efeito colateral, respondo que é aquele que não se manifesta no paciente em tratamento, mas na sua família. Existem pacientes que ficam uma pilha de nervos, com pavio tão curto que quem sofre é quem está perto deles. Por isso, antes do tratamento, toda a família, amigos e colegas de trabalhos têm de ser informados que, nos próximos meses, você necessitará de muita compreensão e ajuda. Acontecem casos de pessoas sob tratamento que perdem amizades, o emprego e até o casamento por causa da incompreensão causada, geralmente, pela falta de informação.

O ideal seria a existência de grupos de apoio multidisciplinares dentro dos próprios hospitais de tratamento. Estes grupos, compostos pelos médicos especialistas no tratamento junto com o corpo clínico do hospital, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, professores de educação física e farmacêuticos deveriam realizar uma reunião a cada dois ou três meses, juntando todos os pacientes que irão ingressar no tratamento e os seus familiares, quando então seriam explicadas as diferentes fases que deverão ser enfrentadas.

Este mesmo grupo também deveria levar o paciente à situação ideal de tratamento, isto é, aquela em que se consegue chegar ao peso ideal, iniciando um programa de atividades físicas, principalmente as aeróbicas, tratando qualquer outra doença existente e até à correção de problemas dentários, enfim, tudo aquilo que possa evitar a necessidade de se tomar outros medicamentos durante o tratamento.

Com este tipo de informação, o pensamento do portador será altamente positivo, a sua auto-estima será elevada e, conseqüentemente, não aparecerão problemas graves, como a depressão, durante o tratamento. O paciente deve ser considerado como um ser humano, não como um doente de hepatite C.

Capítulo 3

Os tratamentos médicos

O tratamento de qualquer pessoa infectada pela hepatite C somente pode ser realizado por um médico especialista na doença, que pode ser um hepatologista, gastroenterologista, clínico geral ou infectologista, ou num hospital de referência no tratamento da doença. Por se tratar de uma doença recentemente descoberta, a maioria dos médicos pouco ou nada entendem sobre a hepatite C, o que torna temerário, para o paciente, não ter um acompanhamento especializado.

O tratamento atual, de maior eficácia comprovada, é a combinação de dois medicamentos, o Interferon e a Ribavirina, inicialmente por um período de 12 ou 24 semanas, dependendo do interferon utilizado. Obtendo-se uma resposta positiva, isto é, a redução na contagem viral do PCR e das transaminases, e, conforme avaliação do médico, o tratamento pode se estender para um período de mais 24 a 48 semanas, sempre com estrito acompanhamento médico.

O Interferon é uma proteína mensageira produzida pelo organismo em reação à infecção causada por um vírus. Acredita-se que iniba a reprodução dos vírus e melhore as atividades protetoras do sistema imunológico. Em alguns pacientes, por problemas com a Ribavirina, torna-se necessário o tratamento monoterápico apenas com Interferon. Este tratamento mostra-se eficaz em 25 a 40% dos casos, conforme o Interferon empregado.

O tratamento combinado de Interferon convencional com Ribavirina aumenta a resposta para perto dos 40%. Usando-se o moderno Interferon Peguilado em combinação com a Ribavirina, até 56% do total de tratados conseguem tornar o vírus indetectável de forma sustentada, o que é considerado a cura da doença.

Algumas pesquisas indicam que o emprego isolado da Ribavirina oferece por si só um efeito contra o HCV, porém não elimina o vírus. Estudos clínicos indicam que a combinação destes dois medicamentos funciona muito bem contra a hepatite C, em especial em pessoas que estão sofrendo uma re-infestação, após o tratamento monoterápico com Interferon. Nestes pacientes, consegue-se baixar a carga de vírus a níveis não-detectáveis. Os efeitos colaterais da Ribavirina incluem a anemia e alguns distúrbios gástricos.

Estar indetectável ao final do tratamento é um bom sinal, porém a replicação nos meses seguintes é possível. Deve ser realizado um PCR aos 6 meses após o final do tratamento, quando então poderá se saber com certeza o resultado do processo.

O tratamento com Interferon tem maior eficácia em pacientes com carga viral baixa (abaixo 600.000 UI/ML ou 6,3 log.), com genótipos do HCV que não sejam do tipo 1, em casos de contaminação recente e quando ainda não existir dano hepático ou este for inicial. Outros fatores também prenunciam boa resposta ao tratamento, conforme veremos adiante.

Se, após 24 semanas, ao se usar o Interferon convencional, ou na 12ª semana, tratando-se com o Interferon Peguilado, o paciente não conseguir tornar o vírus indetectável ou ter baixado no mínimo 2 Log (aproximadamente 100 vezes do valor inicial da carga viral em UI/ML), o tratamento deve ser suspenso e outras estratégias devem ser estudadas.

Os efeitos colaterais do tratamento incluem, em alguns pacientes, sintomas similares aos da gripe, fadiga, depressão psicológica e ansiedade.

Recentemente, está sendo usada uma terceira droga. Esta terapia tripla combina o Interferon, a Ribavirina e a Amantadine, e os resultados de resposta positiva, quando usada com o Interferon Peguilado, parecem ser superiores do que quando usado o Interferon convencional, sempre combinando com a Ribavirina.

Existem outros interferons no mercado, como o Interferon de Consenso (Infergen), o Interferon natural (Multiferon) e outros,

ainda em estudos para o tratamento da hepatite C, e portanto ainda fora do uso corrente nos meios científicos.

O objetivo principal do tratamento é negativar a atividade do vírus para evitar que o dano hepático continue evoluindo rapidamente. Uma vez atingido este objetivo, temos aumentada a expectativa e a qualidade de vida do indivíduo. Quando não se consegue negativar o vírus, pode-se controlar a atividade enzimática, isto é, as transaminases, se possível mantendo-as em níveis normais, para evitar uma maior inflamação e o conseqüente dano hepático.

Quando o dano hepático é grande, pode ser necessário um transplante de fígado. Porém, fígados transplantados são infectados novamente pelos vírus que ainda persistem na circulação sanguínea. Um transplante não cura a hepatite C.

O tratamento da hepatite C pode conseguir uma recuperação total ?

As pessoas tratadas pela hepatite C e que após 6 meses do final do tratamento permanecem negativados têm muitas possibilidades de obter uma recuperação completa e de permanecerem livres do vírus pelo resto das suas vidas.

Ou seja, podem se considerar curadas da hepatite C.

Nestes pacientes, o fígado tem condições de se recuperar, já que a atividade enzimática anormal e o ataque do vírus desaparecem. Nos casos de pequeno dano hepático, em que somente aconteceu uma leve fibrose, a recuperação do fígado pode ser total. Nos casos de elevado dano hepático, a recuperação será parcial, porém permitindo uma excelente qualidade de vida ao indivíduo.

Quais médicos são especializados em hepatite C ?

É muito importante achar um médico que esteja familiarizado com a doença. Os sintomas de hepatite podem ser semelhantes aos de outras doenças (doenças auto-imunes, câncer, síndrome de fadiga crônica, lúpus, artrites etc.). Portanto, se você tiver outra doença que não seja diagnosticada corretamente, pode estar perdendo tempo deixando de se submeter a tratamentos que poderiam mostrar-se efetivos. Ainda é relativamente difícil encontrar um médico com experiência, diagnosticando e tratando hepatite C.

Hepatologistas especializam-se em doenças do fígado, e seriam sua melhor escolha. Ou um gastroenterologista (especialista de doenças digestivas), ou especialistas em doenças infecciosas que tenham feito especialização em hepatite C. Gastroenterologistas, infectologistas e clínicos gerais, com especialização em hepatologia, são os médicos ideais para tratar da hepatite C.

Se houver um grupo de apoio a portadores de hepatite na sua cidade, será uma fonte excelente de aconselhamento, identificando médicos e hospitais que possam estar familiarizados com a hepatite. Se não há nenhum grupo de apoio ou médicos especializados em sua cidade, você deve procurar um especialista em outro lugar.

Como anda o tratamento?

Quando o tratamento é iniciado, a perspectiva é que se estenda por 24 ou 48 semanas, dependendo do genótipo de vírus que estamos tentando derrotar. Porém, um exame, o PCR, realizado na 12^a semana, se o tratamento é feito à base do Interferon Peguilado, ou na 24^a semana, se o tratamento é com Interferon convencional, é o teste definitivo que nos indica se é necessário continuar o tratamento até o final ou se prenciam-se poucas chances de resposta, devendo então o médico interrompê-lo neste momento.

Quando o tratamento é realizado com o interferon Peguilado, o PCR para medir a carga viral da 12^a semana deve mostrar que já se obteve a redução total do vírus (resultado indetectável ou negativo) ou que a carga viral obteve uma redução de 2 log (um valor aproximadamente 100 vezes menor do que o apresentado pelo PCR realizado antes do início do tratamento). Não se obtendo tal resultado, aconselha-se a abandonar o tratamento, pois as chances de se conseguir negativar o vírus neste indivíduo serão de menos de 3%. Em aproximadamente 25% dos tratados, nos deparamos com este quadro. Estes pacientes são os considerados não-respondedores ao Interferon.

Quando o tratamento é realizado com o Interferon convencional, um PCR qualitativo deve ser realizado na 24^a semana. Nesses casos, o vírus deve estar indetectável (negativado). No caso de o tratamento ser referente ao genótipo 1, e caso o resultado indique que ainda estamos na presença de vírus (resultado detectável ou positivo), o tratamento deve ser interrompido, pois o paciente é um não-respondedor. Devemos observar que, se o tratamento se refere aos genótipos 2 ou 3, este teste já é o do final do tratamento com o Interferon convencional.

Os pacientes que devem interromper o tratamento, considerados os não-respondedores, recebem com muita decepção a notícia, pensando que tudo está perdido para eles. No entanto, o que esses portadores devem fazer é deixar o organismo descansar, dar um tempo para recuperação por um período mínimo de seis meses, quando então será estudada uma nova estratégia de re-tratamento, como veremos mais adiante.

Se durante o tratamento esses pacientes conseguiram normalizar as transaminases, algum benefício na melhoria do estado do fígado deve ter sido conseguida, pois foi possível a recuperação de parte das células hepáticas. Isto é chamado pelos médicos de melhora histológica e pode ser comprovado pela realização de uma biópsia.

Resumindo, podemos afirmar que o tratamento nunca é totalmente perdido. Se não conseguimos vencer o vírus, pelo menos, temos um fígado em melhor estado do que antes, o que

nos permite enfrentar em melhor situação um futuro re-tratamento. E sempre ganhamos alguns anos na corrida para evitar o avanço do dano produzido no fígado.

Respostas aos tratamentos

Em diferentes momentos, são realizados testes para prever ou definir o andamento e o sucesso do tratamento, sendo que o principal deles é o chamado PCR.

Quando em tratamento com Interferon Peguilado, é realizado um PCR Quantitativo (carga viral) na 12^a semana. Este teste, denominado *preditivo de resposta*, permite decidir se vale a pena continuar ou interromper o tratamento. No caso de se estar usando Interferon convencional, o teste é realizado na 24^a semana, na forma qualitativa.

Ao final do tratamento, sempre é realizado um teste PCR qualitativo, simplesmente para se determinar o grau de resposta do paciente ao processo. Um resultado *indetectável* significa que obtivemos boa resposta ao tratamento. Entretanto, este teste não indica sucesso total, já que alguns pacientes poderão replicar o vírus com a suspensão dos medicamentos.

Seis meses após o final do tratamento é realizado mais um PCR qualitativo. Este é o verdadeiro teste para se verificar o resultado do tratamento, quando então poderemos falar na tão sonhada *resposta sustentada*, isto é, a erradicação do vírus do organismo.

Adesão ao tratamento

É fundamental a adesão do paciente ao tratamento para se conseguir um bom resultado. Existe uma fórmula chamada 80/80/80, que considera que aqueles pacientes que conseguem completar 80% do tempo indicado de tratamento, manter 80% das doses de Interferon sem redução de dosagem e 80% da dosagem de Ribavirina, obtêm os melhores resultados.

Que outros fatores podem influir no tratamento ?

Muitos fatores, próprios de cada indivíduo, podem influir na resposta que será obtida com o tratamento, devendo ser levados em consideração. Entre os mais significativos temos os seguintes:

- ▶ pessoas de raça branca obtêm melhores resultados ao tratamento do que pessoas de raça negra;
- ▶ descendentes de raças latinas respondem melhor do que os anglo-saxões;
- ▶ a mulher responde melhor do que o homem;
- ▶ a idade é um fator primordial; quanto mais jovem o paciente, melhor a resposta ao tratamento. Pessoas com menos de 35 anos têm praticamente o dobro de chances de sucesso que pessoas com mais de 65 anos;
- ▶ o tempo de contaminação influi na resposta ao tratamento;
- ▶ pessoas recentemente contaminadas têm melhor resposta ao tratamento;
- ▶ a quantidade de vírus é um indicador do prognóstico do tratamento; pacientes com menos de 2 milhões (600.000 UI/ML ou 6,3 log.) obtêm melhor resposta ao tratamento;
- ▶ o dano hepático é fundamental; com menor dano no fígado, a resposta é muito melhor. Pessoas cirróticas conseguem uma resposta muito menor que aqueles com uma fibrose leve;
- ▶ a contaminação com mais de um genótipo ou a co-infecção com hepatite B ou HIV/AIDS diminuem as chances de resposta ao tratamento;

- ▶ o peso do paciente representa um fator muito importante. Pacientes magros ou com peso normal têm uma resposta muito superior a dos pacientes gordos, acima do peso normal. Pacientes subnutridos podem não suportar os efeitos dos medicamentos;
- ▶ pacientes com depósitos de gordura no fígado (esteatose) podem ter a resposta ao tratamento prejudicada.

Quem deve receber tratamento com Interferon ?

A partir do primeiro semestre de 1999, criou-se um consenso entre os médicos (o qual pode variar em função de cada caso e da avaliação médica) de somente tratar com Interferon os pacientes em que se encontre o PCR positivo e as transaminases entre 50 e 100% acima do que é considerado normal, após fazer a média das transaminases em três ou quatro exames confirmatórios no decorrer de quatro a seis meses, e se houver ainda grau 2 ou superior de fibrose determinado pela biópsia.

Logicamente, o tratamento somente poderá ser feito após todos os exames clínicos, laboratoriais e físicos, necessários para saber a tolerância ao Interferon e a Ribavirina pelo paciente. Não estando o paciente na situação acima, recomenda-se manter um permanente acompanhamento médico até se determinar a necessidade de iniciar o tratamento. Estas recomendações são também as estipuladas para receber o tratamento gratuitamente no sistema público do SUS.

Pessoalmente, em determinadas situações específicas de cada paciente, discordo deste posicionamento. Se sabemos que quanto antes se tratar a doença, em função do tempo da contaminação, teremos maiores chances de obter a cura; se sabemos que nos casos em que não se consegue eliminar o vírus do organismo pelo menos se obtém uma melhora no estado do fígado, com o qual ganhamos tempo, desacelerando a progressão para a cirrose; se sabemos ainda que quanto menor a idade do

paciente, maiores as chances de sucesso, então, fica a pergunta, para que esperar?

Nos casos dos genótipos 2 e 3 do vírus, em que o sucesso com o barato Interferon convencional chega a mais de 70% dos tratados, com somente 24 semanas de tratamento, acredito que todos deveriam ser tratados, pois de cada 10, pelo menos em sete acabaríamos com o problema definitivamente. Quem puder pagar pelo Interferon Peguilado terá chances de aproximadamente 80%. Não é a cura total de todos os tratados, porém já estamos perto disto quando falamos dos genótipos 2 e 3.

Em relação aos infectados com o genótipo 1, desafortunadamente a grande maioria em nosso meio, aconselho um dialogo franco e aberto entre médico e paciente. Sabemos que as chances de eliminar definitivamente o vírus são menores neste genótipo, conseguindo-se 30% usando o Interferon convencional, aumentando até aproximadamente 42% se usarmos o Interferon Peguilado (isto quer dizer que o Peguilado é quase 40% superior ao convencional).

Porém, qualquer destas respostas é pobre, pequena, já que a maioria dos tratados com o genótipo 1 não conseguirá sucesso após 48 semanas de tratamento. Assim sendo, e sempre esclarecendo que isto é simplesmente meu ponto de vista, deve-se estudar minuciosamente se os casos em que não existe praticamente dano hepático devem ser de imediato submetidos ao tratamento, ou se podemos aguardar três ou quatro anos, quando novos tratamentos, com melhor resposta, estarão disponíveis.

Uma decisão deste tipo é de caráter pessoal e deve ser tomada pelo paciente com total concordância do médico, após apresentação dos prós e contras. Nestes casos, do genótipo 1, concordo com o consenso adotado pela comunidade científica, de se tratar somente casos com dano hepático F2 ou superior.

Que resultados são conseguidos com o Interferon ?

Um dos primeiros relatos do uso do Interferon no tratamento da hepatite C foi publicado em 1986 (na época chamada de hepatite não-A-não-B). Desde então, uma série de estudos clínicos controlados, em diversos países, tem confirmado o efeito do Interferon.

Destaca-se o estudo de Davis e colaboradores, realizado nos EUA, que reuniu um total de 166 pacientes com hepatite C. Os resultados mostraram normalização dos exames laboratoriais do fígado em 38% dos que usaram o Interferon, em monoterapia, comparados com apenas 4% dos que usaram placebo. Além disso, houve regressão significativa da doença nas biópsias de fígado feitas após o tratamento. Da mesma forma, outro estudo americano, conduzido por Di Bisceglie e colaboradores, encontrou boa resposta em 10 de 21 (48%) pacientes tratados com Interferon, contra nenhum no grupo placebo, sendo que a análise das biópsias do fígado pós-tratamento também comprovaram uma regressão significativa da atividade inflamatória.

Uma análise recente de 17 trabalhos publicados, envolvendo um total de 916 pacientes com hepatite C tratados com Interferon em monoterapia, mostrou boa resposta em 42% do grupo que usou o medicamento, contra apenas 4% do grupo que usou placebo. No entanto, ao contrário da hepatite B, a resposta positiva inicial ao tratamento na hepatite C costuma ser mais difícil de ser mantida quando o Interferon é suspenso, havendo um retorno da atividade da doença em cerca de 50% dos pacientes tratados em monoterapia que apresentaram boa resposta inicial. Atualmente, estão sendo realizados estudos com maior tempo de tratamento e uso de doses maiores de Interferon em associação com outros agentes antivirais para tentar aumentar a eficácia do tratamento e diminuir a chance de retorno da (recidiva) doença.

O tratamento monoterápico já não é recomendado, obtendo-se resultados praticamente 100% superiores, quando o medicamento é combinado com a Ribavirina, inclusive com uma menor taxa de recidivas.

O tratamento da hepatite C pode conseguir uma recuperação total

As pessoas tratadas da hepatite C e que, após seis meses do fim do tratamento, permanecem negativadas, têm muitas possibilidades de alcançar uma recuperação completa. Estudos estatísticos em grande escala mostram que, dos pacientes que conseguiram esta resposta sustentada (seis meses após o final do tratamento), 97,8% deles continuam negativados três anos depois.

A eliminação do vírus, tendo-se alcançado o bloqueio de sua reprodução, dá ao fígado a oportunidade de se regenerar. Quando a replicação viral é conseguida em longo prazo, o que é considerada a cura da doença, a recuperação do fígado não-cirrótico pode ser total. Isso foi comprovado quando os pesquisadores fizeram comparações de biópsias realizadas antes e depois do tratamento em cada um dos pacientes.

Tratamento rápido pode combater a hepatite tipo C com Interferon

O tratamento da hepatite tipo C com a utilização do Interferon na primeira fase da doença, a chamada fase aguda, pode fazer desaparecer a infecção, segundo um estudo recente sob a direção do Dr. Manns, da Universidade de Hanover, Alemanha. Para isso, o tratamento tem de ser feito poucos meses após a infecção, o que é particularmente difícil, uma vez que esta pode passar despercebida durante anos. O estudo foi feito na Alemanha com 44 pacientes que receberam o Interferon diariamente, durante quatro semanas; depois três vezes por semana durante 20 semanas. Ao fim do tratamento, o índice de infecção pelo vírus da hepatite tipo C caiu para níveis imperceptíveis em 42 pacientes.

Um outro estudo alerta sobre os riscos de iniciar o tratamento imediatamente após a contaminação, aconselhando que se aguarde o aparecimento dos primeiros sintomas. O

estudo diz que, em média, 45 dias após a provável infecção, já podem ser observados os primeiros resultados positivos nos exames. Portanto, recomenda-se aguardar este período antes de dar início ao tratamento, já que foi observado, em um pequeno número de pacientes neste estudo, que 64% deles eliminaram o vírus de forma espontânea, não desenvolvendo a infecção.

Cuidados na seleção dos pacientes para tratamento

A prevalência de auto-anticorpos e identificadores de auto-imunidade mostra-se aumentada nos portadores de hepatite C. Devido ao fato de o Interferon poder agravar o quadro clínico de hepatite auto-imune, nos casos duvidosos a confirmação por diagnóstico da presença do vírus deve ser realizada por meio dos testes RIBA ou PCR.

Outra precaução importante é com relação ao tratamento de pacientes com baixa reserva funcional hepática ou cirrose descompensada. Nestes casos, o tratamento pode apresentar alta taxa de efeitos colaterais e, provavelmente, o transplante hepático seria a melhor opção.

O tratamento com Interferon e Ribavirina é totalmente eficaz ?

Não. Os resultados obtidos na negatificação do vírus são de aproximadamente 42 a 56% do total dos tratados, considerando todos os genótipos. É fator primordial para isso o subtipo do vírus. São necessários de 24 a 48 semanas de tratamento para maximizar a probabilidade de obter uma resposta sustentada.

Resultados com genótipos diferentes

O tratamento responde de maneira diferente conforme o genótipo do vírus que possui o portador, o qual indica a duração do tratamento.

Se o genótipo é do tipo 1, 4, 5 ou 6, o tratamento indicado é de 48 semanas, e a taxa de resposta sustentada (vírus indetectável 6 meses após o fim do tratamento), no caso do genótipo 1, é de somente 30% dos tratados com o Interferon convencional, chegando a 42% dos tratados quando empregado o Interferon Peguilado, sempre em combinação com a Ribavirina.

Se o genótipo for dos tipos 2 ou 3, o tratamento recomendado é de somente 24 semanas, e o índice de resposta sustentada é superior a 65% dos tratados com o Interferon convencional, chegando a aproximadamente 80% dos tratados quando empregado o Interferon Peguilado junto com a Ribavirina.

Re-tratamento com interferon Peguilado

Em princípio, todos os pacientes tratados com Interferon convencional em monoterapia, isto é, sem o uso da Ribavirina, e que não conseguiram sucesso no tratamento, deveriam ser retratados com a combinação de Interferon e Ribavirina, pois está comprovado que o resultado desta combinação é altamente superior.

Entre os pacientes que não conseguiram sucesso no tratamento com Interferon combinado à Ribavirina, temos duas classificações diferentes, cada qual com características totalmente diferentes em relação às chances e estratégias em casos de re-tratamento. Estes pacientes devem ser classificados conforme a resposta observada durante o tratamento e as descrições a seguir:

O NÃO-RESPONDEDOR AO INTERFERON é aquele que, durante o tratamento, não consegue zerar (negativar) o vírus em algum momento do período de aplicação do medicamento.

RECIDIVANTE ou REPLICANTE são aqueles que conseguiram negativar (vírus indetectável) durante o tratamento e que depois, seja durante ou após o tratamento, voltam a apresentar vírus

detectável pelo PCR (diz-se que o vírus *replicou*).

Compreendendo em que grupo você se encaixa, existem diferentes possibilidades de re-tratamento com Interferon Peguilado.

Os pacientes tratados com a combinação de Interferon convencional e Ribavirina devem ser estudados criteriosamente. Nos casos de pacientes NÃO-RESPONDEDORES, em que o tratamento foi levado até o final, sem interrupções nas aplicações ou na dosagem, as chances podem ser pequenas, pois, antecipadamente poderíamos estar frente a um tipo de vírus resistente ao Interferon. Porém, nos casos de pacientes REPLICANTES, temos a certeza de que estaremos perante um quadro respondedor ao Interferon, no qual teremos melhores chances de negativar o vírus.

A posição dos pesquisadores e médicos ainda é controversa quando se trata de re-tratamento dos pacientes já tratados com a combinação de Interferon e Ribavirina. De fato, ainda não existe um consenso a respeito e os estudos publicados ainda são pouco abrangentes.

No Brasil, é provável que se consigam respostas superiores às encontradas na Europa ou Estados Unidos nos re-tratamentos, já que a maioria dos pacientes foi tratada com interferons fabricados em outros países, que não aqueles, e para estes medicamentos, considerados similares, não existem pesquisas comparativas com as marcas líderes do mercado. Nos países europeus ou nos Estados Unidos, tais marcas não são comercializadas. Ainda no Brasil, muitos pacientes receberam diferentes e variadas marcas de Interferon durante seu tratamento, já que o Estado é obrigado por lei a comprar o produto que for ofertado pelo menor preço. Não existem estudos que afirmem que esta troca de marcas possa melhorar ou piorar a resposta ao tratamento; porém, sempre fica a dúvida.

Atualmente, encontra-se em andamento uma série de estudos sobre o re-tratamento deste pacientes, empregando-se o Interferon Peguilado combinado à Ribavirina. Os primeiros resultados são alentadores, porém não são espetaculares. Parece que a introdução de uma terceira droga, a Amantadina, proporciona melhores resultados nestes re-tratamentos.

Resultados observados nos recidivantes ou replicantes:

O PCR realizado na 24^a semana do tratamento apresentou diferentes resultados predictivos de resposta, segundo o esquema de re-tratamento utilizado. O percentual significa o número de PCR negativos sobre o total e cada grupo de estudos.

Retratados com interferon peguilado e Ribavirina – 69% negativos na 24^a semana.

Retratados com interferon peguilado e Mofetil Micofenolato* – 72% negativos na 24^a semana.

Retratados com interferon peguilado e Amantadina – 32% negativos na 24^a semana.

Retratados com interferon peguilado, Ribavirina e Amantadina – 81% negativos na 24^a semana.

Resultados observados nos não respondedores:

Retratados com interferon peguilado e Ribavirina – 30% negativos na 24^a semana

Retratados com interferon peguilado e Mofetil Micofenolato* – 31% negativos na 24^a semana

Retratados com interferon peguilado e Amantadina – 18% negativos na 24^a semana

Retratados com interferon peguilado, Ribavirina e Amantadina – 39% negativos na 24^a semana

(*O Mofetil Micofenolato é um imunossupressor que está sendo experimentado no tratamento da hepatite C.)

Quais pacientes em re-tratamentos obtêm menor resposta ?

Foi observado que alguns pacientes têm uma resposta menor ao re-tratamento, mesmo sendo sujeitos aos mesmos fatores que afetam o tratamento inicial, que podemos chamar de

negativos, tais como a cirrose, peso acima de 85 Kg, o genótipo 1 e a carga viral acima de 2 milhões.

Resumindo:

Até este ponto dos estudos, pode-se observar que o coquetel de Interferon Peguilado, Ribavirina e a Amantadina é o que se mostra mais promissor no re-tratamento, sendo que, na 24^a semana do tratamento, 81% dos recividantes e 39% dos não-respondedores se encontram com o vírus negativo (indetectável).

Durante a edição deste livro foram divulgados os resultados de resposta sustentada de um dos estudos em andamento, no qual pode ser observada que a replicação dos pacientes re-tratados é maior do que nos pacientes que realizam o tratamento pela primeira vez. O sucesso com a eliminação do vírus de forma sustentada foi pequeno, oscilando entre 11 e 20% dos re-tratados, porém este resultado se refere a um único estudo, e devemos aguardar a divulgação dos demais. Estudos em andamento no Brasil apresentam resultados muito superiores aos encontrados na Europa ou nos Estados Unidos, suspeitando-se que o interferon usado no primeiro tratamento não foi totalmente efetivo.

Seja como for, o Interferon Peguilado em monoterapia já comprovou sua superioridade sobre o Interferon convencional, e agora podemos ver que, no re-tratamento em combinação com outras drogas, se apresenta como uma opção para estes pacientes que não obtiveram sucesso no primeiro tratamento.

Benefícios do tratamento com Interferon por longo período

Estão em andamento vários estudos clínicos para estudar os efeitos do Interferon quando aplicado por um longo período, com o objetivo de investigar, com este procedimento, se retarda ou paralisa a progressão da doença nos pacientes que não conseguem negatizar o vírus com o tratamento.

Este procedimento é uma esperança para os pacientes que não conseguem sucesso no tratamento, já que sabemos que alguns deles podem evoluir para a cirrose. Estudos já realizados com o Interferon convencional mostram que é possível deter a evolução do dano hepático em um grande número dos pacientes submetidos a esta terapia, digamos, de manutenção, à espera de novas alternativas de tratamento.

Paralelamente, é observada uma melhoria no estado do fígado dos pacientes tratados por longo período com Interferon, o que os coloca em melhor situação no momento de serem re-tratados. O Interferon atua diminuindo a replicação do vírus, sendo que também reduz a fibrose, que é a fase que antecede a cirrose. Assim, consegue-se reduzir a velocidade ou deter a formação da fibrose e estaremos prorrogando o aparecimento da cirrose.

Atualmente, uma série de estudos utilizando o Interferon Peguilado, aplicado em baixas doses uma vez por semana, se encontram em andamento.

Quando o tratamento com Interferon não pode ser indicado ?

Pacientes com fluido (ascite) no abdômen, sangrando nas veias dilatadas do esôfago ou confusão mental (encefalopatia) só devem ser tratados com procedimentos clínicos. Outros, para os quais não é recomendado o tratamento, são pacientes com problemas no coração, nas tiróides, pulmão ou doença nos rins, com vírus da AIDS (em determinadas circunstâncias), infecções, ou pessoas que receberam transplante de órgãos e estão tomando medicamentos anti-rejeição, bem como em estado de depressão ou com uma história de tentativas de suicídio. O Interferon não deve ser indicado a mulheres ou homens que planejem ter filhos. Pacientes que abusam de álcool ou drogas não devem se submeter a essa terapia.

Onde se aplicar o Interferon

Os melhores locais do corpo para aplicação, sempre subcutânea, são áreas com alguma camada de gordura entre a pele e o músculo, como a coxa, a superfície exterior superior do braço e o abdômen.

Não se injete na área próxima do umbigo ou na cintura, pois isso tornará incômodo usar roupas na cintura, como calças ou saias.

Pessoas muito magras devem se aplicar só na coxa ou na parte externa superior do braço.

Mude sempre o local da injeção. Sempre desinfete com álcool a pele no local, deixando secar antes da aplicação.

Após duas ou três horas, verifique o local da aplicação. Se permanecer esfolado, inchado ou vermelho por vários dias, consulte o seu médico.

Intron e Roferon e os chamados interferons convencionais ou recombinantes

O Interferon é um produto criado geneticamente. Foi autorizado em 1986 pelo FDA para tratar leucemia. É uma cópia de uma proteína encontrada, naturalmente, em baixos níveis, no corpo humano. O Interferon é o primeiro tratamento efetivo contra a hepatite C. De acordo com os fabricantes (Schering-Plough ou Roche), a aplicação de três milhões de unidades, três vezes por semana, tem uma taxa de cura efetiva de cerca de 25% na monoterapia. Além de usado no tratamento da leucemia e da hepatite C, é usado também contra o sarcoma de Kaposi, relacionado à AIDS, e às verrugas genitais.

O Interferon, incluindo o alpha ou o beta, compreende uma família de mais de 25 proteínas, produzidas naturalmente

pelo organismo em resposta a alguma infecção virótica, e que, inexplicavelmente, nos portadores de hepatite C, são diminuídas, dificultando o combate à doença. Por isso, todos os tratamentos tentam aumentar o Interferon natural ou injetado, e assim intensificar o combate ao vírus.

Em alguns países, existem marcas similares, fabricadas na Coréia, Cuba ou Argentina. Estes interferons não possuem estudos próprios sobre sua efetividade, apresentando, para comprovar sua eficácia, estudos de bio-compatibilidade com as marcas dos fabricantes que detêm as patentes originais, a Schering-Plough e a Roche.

Interferon Peguilado

Este Interferon é responsável pelo mais novo avanço no tratamento da hepatite C, principalmente para os portadores do genótipo 1 e para os pacientes cirróticos.

O Interferon Peguilado contém o mesmo princípio ativo que o Interferon convencional, porém, é ligado a uma molécula de Polietilenoglicol (PEG), o que lhe confere a propriedade de ser absorvido lentamente pelo organismo, alterando totalmente sua forma de atuar. O Polietilenoglicol (PEG) é um polímero sintético e inerte, de cadeia longa, que envolve totalmente a molécula de interferon, aumentando seu tamanho e diminuindo sua eliminação pelos rins. Com isso, tem aumentado significativamente o seu tempo de circulação na corrente sanguínea.

Com esta alteração, foram conseguidos grandes benefícios, sendo necessária somente uma aplicação semanal, contra as três aplicações atuais, o que traz um grande conforto para o paciente.

Também o efeito no organismo permanece atuante por até sete dias, contra o tempo atual de ação de duas a sete horas do Interferon convencional, conseguindo-se com isto uma maior eficácia na resposta ao tratamento.

A adesão ao tratamento dos pacientes que recebem o Interferon Peguilado é superior, e um maior número deles

consegue completar o tratamento. Porém, seus efeitos colaterais são similares. Alguns deles, como a queda nas plaquetas, é maior e causa mais preocupação do que nos tratados com o Interferon convencional.

Novas formas de Interferon

A pesquisa procurando melhorar o efeito das drogas existentes ou na procura por novos medicamentos contra a hepatite C é bastante intensa, já que o mercado existente, de praticamente 200 milhões de contaminados, é dos mais atraentes para os investidores. Em relação ao Interferon o primeiro passo foi dado com a peguilação, porém muitas outras pesquisas se encontram em andamento.

Interferon Nasal

O Nastech Pharmaceutical Company anunciou que está realizando a fase 1 de um estudo clínico nos Estados Unidos para avaliar a administração nasal de interferon. O objetivo desta Fase 1 é determinar a absorção nasal, tolerância e segurança do interferon em voluntários saudáveis.

Interferon Oral

A Amarillo Bioscience Inc. está desenvolvendo uma formulação oral de Interferon de baixa dosagem para tratar a hepatite C. Os pesquisadores acreditam que uma forma oral de Interferon não causará os efeitos colaterais associados a atuais dosagens aplicadas por injeção; sendo ainda que o medicamento poderá ser armazenado fora da geladeira e com um custo menor do que o embutido na forma atual.

Tomates com Interferon

Na Fudan University de Xangai, os pesquisadores conseguiram produzir tomates geneticamente modificados, que teriam propriedades terapêuticas, entre elas a de aumentar a quantidade de interferon no organismo, o que poderia auxiliar no tratamento da hepatite C e várias outras doenças. E sem alterar

sua aparência ou sabor, o que viria a facilitar o consumo, já que poderão ser comidos em saladas ou tomados em sucos. Apesar do ceticismo de alguns cientistas, os pesquisadores acreditam que em 2006 os tomates com Interferon poderão estar sendo comercializados.

Infergen (Interferon de consenso)

Infergen é uma forma sintética de um novo tipo de Interferon. Criado por cientistas da Amgen, é uma nova esperança no tratamento da hepatite C. Possui menos efeitos colaterais do que o Interferon, e os primeiros resultados, principalmente se associados à Ribavirina, chegam a 60% de respostas positivas. Note-se que o medicamento também está apresentando excelente resultado em re-tratamento de pacientes que não alcançaram resposta com Interferon.

Este novo tipo de Interferon está obtendo uma resposta positiva em 55 a 60% dos casos, quando o tratamento combinado de Interferon convencional com Ribavirina chega somente a 42% de respostas.

Albuferon

A Human Genome Sciences está desenvolvendo uma proteína denominada Albuferon, criada pela fusão dos genes da proteína humana interferon alfa e albumina. Segundo os pesquisadores, a nova droga deverá ter uma ação terapêutica mais duradoura e melhorar os efeitos colaterais do tratamento.

Interferon em cápsulas

A empresa BIOMEDICINES, em cooperação com ALZA Corp., vem experimentando uma nova forma de aplicação do *Omega Interferon* nos pacientes com hepatite C.

A BIOMEDICINES desenvolve a fabricação de um tipo de interferon humano, *Omega Interferon*, por métodos de engenharia genética, já tendo finalizado a fase II dos protocolos. Já a ALZA Corp. desenvolve uma cápsula (DUROS) que, implantada debaixo

da pele, libera lentamente o medicamento. Os pesquisadores acreditam que este novo tipo de aplicação vai eliminar a necessidade de os pacientes suportarem as habitualmente inúmeras injeções do tratamento.

As cápsulas desenvolvidas pela ALZA Corp., com o nome comercial de DUROS, são projetadas para serem implantadas debaixo da pele, podendo fornecer o medicamento ao organismo, de forma contínua, por longos períodos. Trata-se de uma cápsula não-biodegradável, que transfere o medicamento por osmose. A cápsula é um diminuto cilindro feito de titânio, que protege e estabiliza a droga.

Combinação de Interferon e Ribavirina

É o tratamento que atualmente apresenta a maior resposta na hepatite C. Aproximadamente 42% dos pacientes obtêm resposta positiva, quando o tratamento é feito com o Interferon convencional, chegando até 56%, quando empregado o Interferon Peguilado. Os efeitos colaterais mais comuns associados à terapia de combinação são: sensação similar a um estado gripal, dor de cabeça, cansaço, dor muscular, febre e a destruição das células vermelhas, que pode resultar em anemia. Também foram informadas desordens psiquiátricas.

A depressão é um efeito colateral bastante comum e, em alguns casos, pode mostrar-se severo. Foram informados casos raros de pensamentos e tentativas suicidas. *A terapia de combinação dos medicamentos é associada a um risco significativo de desenvolvimento fetal anormal.* As mulheres grávidas não devem começar nenhuma terapia deste gênero, e todas as mulheres, antes de iniciarem o tratamento, devem fazer um teste para determinar se estão grávidas.

Ribavirina

Muitos pacientes com hepatite C mostram uma resposta bioquímica quando recebem Ribavirina em monoterapia, baixando os níveis das transaminases. Porém, somente a Ribavirina, sem a

combinação com o Interferon, não produz a negatização do vírus da hepatite circulante no sangue. Recaídas acontecem depois que se interrompe a droga.

Embora o PCR não se modifique, a atividade inflamatória será reduzida nos primeiros meses. Os efeitos colaterais praticamente não existem, sendo o principal o aparecimento de uma anemia que, em alguns casos, chega a interromper o tratamento. Logo após os primeiros meses com Ribavirina, ocorre a normalização das transaminases. Infelizmente, com a suspensão do medicamento, a atividade da doença volta. A droga está sendo considerada como antiinflamatória em vez de antiviral.

Como atua a Ribavirina

A Ribavirina, uma das poucas drogas disponíveis para tratar a hepatite C, atua gerando um dilúvio de novas mutações que fazem o vírus agonizar, um mecanismo conhecido como a *catástrofe do erro*. O mecanismo recentemente descoberto para a Ribavirina deve ajudar as companhias farmacêuticas a criar versões mais eficazes da droga para curar uma proporção maior de pacientes com hepatite C.

A Ribavirina destrói os vírus gerando mutações em excesso, alterando e deformando o ARN, seu material genético. Os vírus de ARN como o HIV e os vírus da influenza se reproduzem com mutações diferentes, tentando enganar a maioria dos tratamentos e vacinas. Poderíamos afirmar que estes vírus são inteligentes, já que se acostumam às mutações. Porém, agora sabemos que a Ribavirina cria tantas mutações extras no vírus que acaba enganando o próprio vírus, o qual se reproduz numa versão igual à da geração anterior, dando então tempo ao organismo de identificar o invasor e permitindo que o Interferon atue sobre ele.

Pacientes cardíacos e a anemia causada pela Ribavirina

É um alto risco medicar com Interferon e Ribavirina um paciente com problemas cardíacos, já que uma das características da Ribavirina é diminuir a quantidade de oxigênio no sangue. É conveniente que o médico, antes de receitar a Ribavirina, se certifique de que o paciente não sofre de problemas cardíacos. Pacientes que apresentem riscos deste tipo devem ser medicados em monoterapia, só com o Interferon, recomendando-se neste caso o uso do Interferon Peguilado, com o qual se conseguem respostas de aproximadamente 40%.

Novas formas de Ribavirina

Estão sendo testadas, em fase avançada, novas formas de Ribavirina para realizar o tratamento combinado com o Interferon na hepatite C. São um melhoramento da própria Ribavirina. Ensaios *in vitro* e com animais apresentam resultados muito animadores, não surgindo os efeitos colaterais da Ribavirina, entre eles a indesejável anemia. Estas novas drogas provavelmente estarão disponíveis comercialmente em 2004, aumentando o número de pacientes que poderão ser tratados

Anemia pela Ribavirina

Um estudo apresentado recentemente mostra que pacientes com forte anemia causada pela Ribavirina podem manter a dosagem plena se tratados com Procrit (epotin alfa), não sendo necessária a interrupção ou redução da dosagem.

Vitaminas podem ajudar a controlar a anemia relacionada à Ribavirina

Pacientes em terapia com Interferon e Ribavirina que tomam vitaminas C e E demoram mais tempo para ter os sintomas de anemia. A anemia hemolítica é um efeito colateral sério da terapia, atribuível à Ribavirina. Esta complicação impõe uma redução na dose de Ribavirina em aproximadamente 15% de todos os pacientes.

Os pacientes podem ficar anêmicos, com dificuldade de respiração, ficam mais fracos, não podem executar a carga de trabalho normal. Uma hipótese é que a Ribavirina se acumula nas células vermelhas do sangue, que estariam, por ação dos medicamentos, sob o que é chamado *tensão oxidativa normal*.

A ingestão diária de 1000 miligramas de vitamina C e 400 IU (unidades internacionais) de vitamina E podem trazer um benefício inicial, durante o tratamento, desaparecendo com o correr do tempo. Os antioxidantes parecem retardar o aparecimento e a severidade da anemia, e os pacientes que os tomam têm menores chances de precisar reduzir a dose de Ribavirina.

Este procedimento não evita a anemia, porém parece retardar o seu aparecimento. A recomendação é iniciar a ingestão das vitaminas e dos antioxidantes 30 dias antes do início do tratamento, fazendo-os atuarem como um preventivo.

Novos medicamentos no tratamento da hepatite C

O tratamento com Interferon, agora o peguilado, combinado à Ribavirina, ainda deixa muito a desejar, principalmente aos portadores do genótipo 1, já que, em média, 60% deles não conseguem eliminar o vírus do organismo.

Porém, uma das coisas mais auspiciosas que podemos observar, além das novas formas de Interferon é o avanço acelerado de muitas pesquisas de novos tratamentos, todos em caminhos totalmente diversos, o que é muito positivo, pois com idéias diferentes será mais fácil conseguir o tratamento ideal.

Inibidores de proteases

Entre os mais promissores tratamentos apresentados, podemos citar os inibidores de proteases (BILN 2061), uma técnica que já foi aprovada *in vitro*, no laboratório, iniciando a fase clínica, em humanos, já em 2003. Os primeiros estudos sobre esta antiprotease contra o vírus da hepatite C revelaram *resultados estimulantes* ao reduzirem em até mil vezes a quantidade do vírus no sangue dos pacientes, segundo um informe preliminar do Dr. Yves Benhamou do hospital Pitié-Salpêtrière de Paris, que usou a molécula batizada Biln 2061, desenvolvida pelo laboratório farmacêutico Boehringer Ingelheim Pharma KG. Esta molécula, especificamente utilizada contra o vírus da hepatite C, tem por *objetivo impedir que este se multiplique*.

Os inibidores de proteases são poderosos medicamentos antivirais que revolucionaram o tratamento da Aids, embora sem curar a doença. *Mas para a hepatite C, o que está em jogo, contrariamente à Aids, é curar a doença, em particular em pacientes infectados com o genótipo 1, o mais difícil de tratar.*

Anticorpos monoclonais

O estudo de um anticorpo monoclonal do vírus (HCV-AB68), que acabou de ser testado em 15 pacientes, apresentou importante redução na carga viral e excelente tolerabilidade.

Inibidores de antisense

Um inibidor antisense da replicação viral (ISIS 14803), ainda em desenvolvimento, está mostrando resultados que poderão ajudar no tratamento.

Zadaxin (thymalfasin)

Temos ainda, já em fase III, o Zadaxin (thymalfasin), usado em combinação com o Interferon Peguilado, que aumentou consideravelmente a resposta no re-tratamento de 20 para 36%, naqueles que não tinham conseguido sucesso no tratamento com o interferon convencional, mostrando-se não-respondedores — isso, de acordo com a apresentação do fabricante SciClone Inc.

Vacina terapêutica

Há cientistas desenvolvendo uma vacina que poderia parar, ou até mesmo inverter, o dano hepático em pacientes com hepatites C. Uma companhia belga está desenvolvendo uma vacina terapêutica que trata, em lugar de prevenir, a doença. É uma das cinco vacinas que estão sendo pesquisadas atualmente.

Esta é uma das mais promissoras possíveis terapias na hepatite C. Os resultados iniciais mostram uma boa recuperação do dano hepático, reduzindo a fibrose existente no fígado.

Amantadina - (Mantidan)

Amantadina é uma droga comumente usada no tratamento da doença de Parkinson e para a profilaxia e tratamento de doenças causados pelo vírus da gripe. Observando-se que previne a replicação dos vírus, foi testada recentemente em pacientes com hepatite C. Os resultados ainda estão sendo avaliados.

Em 30% dos pacientes houve uma resposta à terapia com normalização das transaminases; 40% dos pacientes alcançaram uma resposta parcial (definida como uma redução maior do que 50%), e 30% não responderam à terapia de Amantadine. Em nenhum dos casos o vírus foi negativado, quando o tratamento era feito somente com o Mantidan.

Combinação de Interferon, Ribavirina e Amantadina

Recentemente, passou a ser usada a combinação de três drogas: o Interferon Peguilado, a Ribavirina e a Amantadina, conseguindo-se um índice de respostas positivas de 60 % dos tratados, inclusive com boa resposta em pacientes que não tinham respondido ao tratamento com Interferon ou à combinação de Interferon e Ribavirina. Com o Interferon convencional, a Amantadina não apresentou maiores resultados.

Terapia da redução de ferro

Alguns estudos sugerem que uma *Terapia de Redução Férrea* junto com Interferon e Ribavirina pode resultar numa taxa superior de eliminação do vírus.

O estudo baseia-se na teoria de que os vírus precisam de ferro para se reproduzir. Assim, reduzindo o ferro hepático no fígado, impede-se a reprodução e ainda se reduz a produção de radicais livres, os quais podem aumentar a inflamação. Deve ser notado que este procedimento novo ainda não foi comprovado, estando em fase de pesquisa. O ferro é um elemento requerido para replicação de virtualmente todos os microrganismos virulentos.

Níveis altos de ferro no fígado são associados à menor probabilidade de resposta no tratamento da hepatite C.

A redução no nível de ferro na hepatite C

Cuidadosos estudos sobre o tratamento da hepatite C demonstram especial atenção aos seguintes pontos:

1- Está cientificamente comprovado que o ferro é um elemento que favorece a replicação de, virtualmente, todos os organismos, inclusive os vírus, no corpo humano. Pacientes com infecções e outras condições inflamatórias, com baixo nível de ferro no sangue, obtêm melhor efeito com o interleukin-1, um importante redutor das inflamações.

2- Atualmente, os efeitos da hipoferremia estão comprovados em infecções bacterianas e por fungos, e evidenciam resultados similares nas infecções viróticas. A relação entre o nível de ferro no sangue e a hepatite foi relatada por Blumberg B.S. e seu grupo de estudos, quando foram avaliados, há mais de 15 anos, casos de hepatite B nos quais a infecção regrediu espontaneamente ao serem baixados os níveis de ferro.

3- Aumento nos níveis de ferro, ferritina e saturação transferrina são notados com freqüência em pacientes com hepatite C. Quando tratados com Interferon, a resposta ao tratamento é pequena. Por exemplo, em nove grupos de estudo diferentes, estudando 434 pacientes, aqueles em que os níveis de ferro eram baixos responderam positivamente ao tratamento.

Os mecanismos que atuam em relação ao nível de ferro são:

Efeitos não-específicos do ferro no processo do stress, ao diminuir a oxidação dos lipídios e danos oxidativos, aumentando o efeito dos radicais livres, assim como efeitos adversos no sistema imunológico, inclusive nos antígenos, diminuindo a eficiência das células T, afetando sua proliferação e maturação, e prejudicando o desempenho imunológico.

Recomenda-se então, sempre consultando previamente o médico, manter rotineiramente uma dieta sadia e balanceada, incluindo ervas que atuem reduzindo os radicais livres, como as antioxidantes e antiinflamatórias. Não tome suplementos

vitamínicos ou minerais que possam ter na sua composição ferro, já que este ferro sintético é de difícil eliminação pelo organismo. O ferro contido nos alimentos é mais facilmente metabolizado, causando pouco acúmulo no organismo.

O tratamento reduz a fadiga e a crioglobulinemia

Acaba de ser publicado no *Journal of Hepatology* um trabalho realizado sobre as manifestações extra-hepáticas da hepatite C, comparando-as antes e depois da terapia.

O estudo avaliou 431 pacientes a partir de 1997, comparando seus sintomas referentes a problemas derivados da hepatite C, principalmente a fadiga e a crioglobulinemia, sintomas ainda pouco conhecidos dos médicos e que deterioram a qualidade de vida do portador.

Vimos nestes estudos que 46% dos pacientes tinham crioglobulinemia. A média de idade foi de 49 anos, com 56% de homens e 44% de mulheres, sendo que 60% deles apresentavam um grau de fibrose significativo ou de cirrose.

Naqueles que conseguiram negativar o vírus, mantendo o mesmo indetectável seis meses após o tratamento, a fadiga permaneceu em 31%, sendo encontrada em 58% dos que não responderam ao tratamento. A fadiga nestes que conseguiram negativar o vírus pode ser atribuída ao dano hepático existente, não à ação do vírus.

Em relação à crioglobulinemia, os benefícios do tratamento são muito superiores. Ela manteve seus sintomas em somente 6% daqueles que permaneciam indetectáveis, contra os 48% dos não-respondedores que apresentavam os sintomas.

Fibrose

A fibrose é reversível ?

Há cerca de 50 anos, estabeleceu-se a crença de que a fibrose era irreversível e essa concepção permaneceu por longo tempo. Ocorre que, naquela época, o diagnóstico da cirrose era feito clinicamente, tendo por base os sintomas da doença já num estágio mais adiantado, como a ascite, as varizes do esôfago, a icterícia, e a encefalopatia. Tais sintomas continuam indicando um prognóstico ruim e ainda são usados para classificar a severidade da doença avançada em pacientes que estão à espera de um transplante de fígado.

Ocorre que o ponto em que a cirrose ou a fibrose extensa passa a ser irreversível ainda não está perfeitamente definido. Hoje, a cirrose pode ser diagnosticada por diferentes métodos de biópsias e, com bastante freqüência, ainda numa fase precoce. Em muitos casos, os pacientes com cirrose são assintomáticos não há sinais aparentes da doença. Quando o paciente é submetido ao exame físico, e o problema é descoberto, inicialmente, devido às transaminases elevadas ou a resultados positivos nos testes para as hepatites B ou C, observou-se que muitos casos de fibrose e inclusive a cirrose em estágio inicial parece regredir com o tratamento.

Os relatos de regressão das fibroses têm em comum a eliminação da causa da doença que originou o problema ou a aplicação de um tratamento eficaz. Os exemplos são muitos e incluem a abstinência do álcool, a inversão cirúrgica na obstrução biliar, a terapia com imunossuppressores para a hepatite auto-imune, o tratamento em longo prazo com Lamivudine para a hepatite B, o tratamento da hepatite C com o Interferon, e o tratamento de cirroses biliares primárias.

Normalmente, a regressão histológica da fibrose é acompanhada por uma melhora clínica e bioquímica, de acordo com alguns estudos, inclusive com diminuição da fibrogenesis hepática (que não requer biópsia). Em ensaios controlados de tratamento com Interferon e Ribavirina para o tratamento da

hepatite C e no tratamento com Lamivudina para a hepatite B, também observou-se a diminuição da fibrose.

Nos últimos 15 anos, foi melhor entendida a forma da regeneração celular e molecular da fibrose hepática. Este conhecimento mantém uma explicação racional sobre a reversibilidade potencial do processo. Está claro que a acumulação extracelular, a cicatriz, nas doenças do fígado com fibrose, não é estática ou um evento unidirecional, senão que se trata de um processo dinâmico e regular, dócil à intervenção. A ativação de células hepáticas é o evento central na fibrose hepática. Em todas as formas de lesão avançada, estas células sofrem uma conversão de células imóveis, para células contrácteis, proliferativas e fibrogênicas.

Estas crescentes evidências clínicas e científicas sugerem que a fibrose extensa ou a cirrose nos pacientes com a função hepática conservada não devem ser consideradas como não-tratáveis. As terapias atuais (e futuras) têm o potencial de impedir a progressão da doença e reprimir os mecanismos que levam à degradação das células, com a conseqüente regressão da fibrose.

No entanto, existem ainda várias incógnitas sobre o assunto. A fibrose não progride com a mesma velocidade em todos os pacientes, e as respostas ao tratamento são muito diferenciadas. Portanto, são necessários novos estudos para identificar os fatores específicos da doença que se associam para uma progressão mais lenta da fibrose e uma resposta favorável ao tratamento.

É muito importante que, durante o tratamento desenvolvido para inverter as fibroses mais críticas, sejam analisadas todas as estratégias possíveis. A terapia de longo prazo com o Interferon pode melhorar a fibrose nos pacientes com hepatite C, inclusive quando o tratamento não responde e não negativa o vírus. Somente esta descoberta já pode, em si, justificar o uso do Interferon por um período mais longo, segundo determinadas circunstâncias, nos pacientes sem resposta virológica ao tratamento.

Cirrose

Quando uma inflamação crônica e progressiva do fígado persiste por um longo período, acaba formando cicatrizes (cirrose) e nódulos.

Quando, por causa de doenças crônicas, o fígado torna-se permanentemente prejudicado e cicatrizado, a condição é chamada de cirrose. O tecido cicatrizado danifica a estrutura do fígado, bloqueando o fluxo de sangue através do órgão. A perda de tecido no fígado normal reduz a velocidade e o processamento dos nutrientes, hormônios, drogas, e toxinas pelo órgão. Também fica reduzida a velocidade e a produção de proteínas e outras substâncias feitas pelo fígado.

Pessoas com cirrose podem desenvolver muitos problemas além do que já se instalou no fígado. O sangue encontra muita dificuldade de circular no fígado, quando o órgão tem cicatrizes, apresentando algumas partes com pressão mais alta do que o normal (hipertensão portal). Frequentemente, isso causa ascite, que é o fluido que escoar fora da circulação sanguínea, na cavidade abdominal. Se a ascite ficar tensa, pode causar uma hérnia umbilical. A alta pressão do sangue frequentemente cria varizes, nas quais a pressão faz os vasos sanguíneos ao redor do esôfago estourarem, causando significativa perda de sangue.

Pessoas com cirrose às vezes podem desenvolver icterícia, devido a uma acumulação de bilirrubina no sangue. Se a bilirrubina é excretada na urina, esta pode ficar escura. Pessoas com cirrose também correm o risco de encefalopatia hepática, que é a desorientação ou a confusão mental causada por amônia e outros produtos da digestão de proteínas, processadas inadequadamente pelo fígado.

As pessoas com cirrose, se feridas, têm problemas de cicatrização, já que o fígado não fabrica quantidades suficientes de fatores de coagulação. Adicionalmente, as plaquetas podem mostrar-se mais baixas do que o normal, na circulação, se o baço estiver aumentado. A infecção crônica conduz à cirrose em até

25% de pacientes sem tratamento e cuidados, num período até duas ou três décadas após a infecção.

A cirrose pode desenvolver-se rapidamente, especialmente em pacientes que consomem álcool.

O que é a cirrose?

O maior medo dos portadores de hepatite C é algum dia chegar a descobrir que o fígado chegou à cirrose. Muitas doenças atacam o fígado, e algumas delas conseguem alterar a estrutura e funcionamento do órgão, endurecendo-o, o que dificulta a circulação sanguínea. Neste ponto, muitas funções do fígado ficam prejudicadas, e ele deixa de realizar a contento suas funções, ocasião em que passa a ser chamado de um fígado cirrótico.

As doenças que mais comumente resultam numa cirrose são as hepatites causadas pelos vírus B, C e D, o consumo de bebidas alcoólicas, a obstrução do conduto biliar, doenças hereditárias como a hemocromatose (depósito de ferro no fígado), ou a doença de Wilson (depósito de cobre no fígado), agentes tóxicos e a esquistosomose, entre outras.

É perfeitamente possível conviver por anos com um fígado com cirrose, porém em um estado crônico, a condição é irreversível. Atualmente, alguns pesquisadores afirmam que, em estágios iniciais, é possível regredir o grau de cirrose. Só que esta teoria ainda se encontra em discussão.

Por meio de exames de sangue ou pela biópsia, na maioria dos casos, é possível determinar a causa da cirrose, principalmente se for por vírus ou de origem metabólica. A cirrose por consumo de álcool geralmente é determinada pelo histórico do paciente. Em alguns casos, os resultados dos exames de sangue, ou por imagem, são concludentes, não sendo necessária a realização de uma biópsia.

Deve-se considerar que nem todos os alcoólatras desenvolvem a cirrose. Alguns somente desenvolverão depósitos

de gordura no fígado (esteatose), enquanto outros nada sofrerão. Até o consumo diário, social, do álcool pode desenvolver cirrose em pessoas com alimentação inadequada ou fatores genéticos. Nas mulheres, a tolerância ao álcool é menor do que nos homens. Estima-se que o álcool acelere a progressão para a cirrose em pessoas infectadas com as hepatite B e C.

Existem dois estágios muito diferentes na cirrose, que são chamados de *compensada* e *descompensada*. Em geral, a cirrose compensada não apresenta sintomas significativos, sendo que alguns pacientes podem sentir falta de apetite ou um cansaço um pouco superior ao normal.

Na fase compensada, o ideal é tratar as causas da cirrose, por exemplo, nas hepatites por vírus são usados o Interferon e os antivirais; na hepatite auto-imune são usados corticosteróides e imunossupressores, e, na hemacromatose, podem ser realizadas sangrias.

Tratando as causas, o fígado ganha uma chance de regenerar células hepáticas e é possível manter o paciente estável por muitos anos, praticamente sem sintomas. Os pacientes estáveis podem manter suas atividades normais, tanto sociais como no trabalho. Não existe nenhuma dieta especial para os cirróticos compensados, sendo recomendada uma alimentação leve, balanceada e saudável, que facilite a função do fígado.

À medida que começam a aparecer as descompensações, podem aparecer sintomas como a *icterícia*, caracterizada pela cor amarelada da pele ou do fundo dos olhos; a *ascite*, popularmente chamada de *barriga de água*, que é a acumulação de fluido no abdômen; as *hemorragias digestivas*, identificadas pelos vômitos com sangue ou pelas fezes escuras, e a *encefalopatia*, um dos sintomas de dano hepático mais avançado, que se caracteriza pela desorientação e confusão mental, podendo chegar até o coma.

A ascite, a hemorragia e a encefalopatia requerem tratamento hospitalar. Na ascite, torna-se necessária uma dieta estrita, reduzindo drasticamente o consumo de sal. Havendo acúmulo exagerado de fluidos no estômago, este precisa ser retirado por meio de uma punção.

A hemorragia é tratada por diferentes procedimentos, objetivando evitar recaídas e a encefalopatia. Além da aplicação de medicamentos, devem ser suprimidas da dieta do paciente as proteínas de origem animal.

Outra possível complicação que apresenta o indivíduo com cirrose é uma menor resposta do sistema imunológico, facilitando as infecções, principalmente as bacterianas. Pode acontecer de se tornar necessário diminuir as dosagens de alguns medicamentos, devido a problemas de metabolização das drogas pelo fígado deteriorado, dificultando a realização de qualquer intervenção cirúrgica.

O paciente cirrótico pode tomar medicamentos, porém sempre com autorização prévia e controle do médico. Especial atenção deve ser dada a medicamentos como sedativos, antiinflamatórios, analgésicos, antidepressivos e anti-hipertensivos.

Pacientes cirróticos têm uma maior propensão a desenvolver problemas renais, úlcera no estômago, diabetes e cálculos na vesícula.

É necessário ressaltar que nem todos os pacientes com cirrose são candidatos a um transplante de fígado, pois, na maioria dos casos, o fígado poderá cumprir suas funções durante muitos anos. A indicação para o transplante surge quando as descompensações se repetem diminuindo drasticamente a expectativa de vida do paciente geralmente, para um tempo igual de espera por um órgão na fila dos transplantes.

Quais são as opções de tratamentos para cirrose?

O tratamento da cirrose é feito com o objetivo de deter a destruição das células hepáticas ou fazer com que a progressão seja retardada, minimizando o avanço do dano hepático, e evitando as complicações que possam surgir numa descompensação. Em todos estes casos, tenta-se acabar com o agente que causa a doença.

Na cirrose alcoólica, por exemplo, a pessoa tem de deixar de beber álcool para deter a progressão da doença. Se a pessoa tiver hepatite causada por vírus, o médico pode administrar medicamentos antivirais para reduzir o avanço do dano hepático; porém, para se realizar o tratamento, é necessário que a cirrose esteja compensada, sem as complicações que a descompensação produz, como a ascite, os sangramentos ou a encefalopatia. Em alguns casos, esteróides podem ser receitados para tentar evitar a progressão do dano hepático.

Quando o quadro é de descompensação, podem ser indicados medicamentos para controlar os sintomas da cirrose. A ascite é tratada reduzindo o sal na dieta. Medicamentos tipo diuréticos também podem ser indicados para remover o excesso de fluido e impedir a ocorrência de edemas.

Dieta e medicamentos específicos podem ajudar a melhorar as alterações das funções mentais que a cirrose tende a causar. Por exemplo, diminuindo a proteína na dieta, teremos uma menor formação de toxinas na área digestiva. Podem ser dados laxantes como lactulose para ajudar a absorver as toxinas e acelerar a sua remoção dos intestinos.

Os dois problemas principais na cirrose são o fracasso total das funções hepáticas, quando as células do fígado deixam de trabalhar, e a hemorragia, causada pela hipertensão portal. O médico pode prescrever medicamentos para controlar a pressão sanguínea e tratar a hipertensão portal.

Se o paciente sangrar pelas varizes do estômago ou do esôfago, o médico pode tratar estas veias com medicamentos e procedimentos administrados por um tubo flexível (endoscópio), que é inserido pela boca.

Em casos críticos, um transplante ou uma cirurgia de desvio da portacava poderá ser necessária para aliviar a pressão portal ou o rompimento das varizes.

É freqüente que indivíduos com cirrose consigam levar uma vida saudável por muitos anos, e isso até mesmo quando desenvolvem algumas complicações, as quais, normalmente, podem ser tratadas. Alguns indivíduos que tiveram cirrose, depois

da realização de um transplante de fígado levam uma vida totalmente normal.

Porém, é importante lembrar que qualquer tipo de teste, procedimento ou medicamento, sempre possa significar algum risco. Antes de tomar qualquer decisão sobre sua saúde, pergunte sempre a seu médico para saber quais serão os benefícios e os riscos envolvidos.

A cirrose por hepatite C pode ser reversível

A cirrose provocada pela hepatite C não é irreversível, como se acreditava, e pode regredir com o tratamento combinado de Ribavirina e Interferon Peguilado, conforme um estudo da equipe do Dr. Thierry Poynard do hospital Pitié-Salpêtrier, de Paris, realizado em mais de 3.000 pacientes com hepatite C, que seguiam distintos tratamentos com Ribavirina (retroviral) combinada ao Interferon (antiviral e modulador das defesas imunes).

O estudo se encontra publicado na edição de maio de 2002 de *Gastroenterology* e foi realizado com o apoio do instituto de pesquisas do laboratório farmacêutico Schering-Plough. Como primeiro resultado observado, o avanço da fibrose no fígado foi detido ou apresentou melhoras histológicas, durante o tratamento. Os melhores resultados, com até 73% de respostas positivas, foram obtidos com a combinação de Ribavirina e Interferon Peguilado.

"O que realmente nos surpreendeu foi o índice de regressão na cirrose, quase na metade dos 153 pacientes", indica Poynard, acrescentando, ainda, que os pacientes que apresentam elevado dano hepático causado pela hepatite C também podem ser submetidos a este tratamento.

Outro estudo realizado pelo Dr. Stanislas Pol, do hospital Necker, também de Paris, confirma que, nos pacientes que respondem ao tratamento contra a cirrose causada pelas hepatites A ou B ou associada à doença auto-imune, o dano ao órgão regride em 30% dos casos em que o tratamento obtém

êxito. Em relação à cirrose de origem alcoólica, o Dr. Pol somente observou regressão em apenas um caso.

O estudo do conceituado Dr. Poynard em relação à hepatite C, confirmando os conseguidos pelo Dr. Pol nas hepatites A e B, traz uma nova esperança para todos aqueles que já desenvolveram um dano hepático preocupante, ou uma cirrose. Podemos ter a esperança de que não será inevitável o transplante de fígado, nem de que estejamos condenados à morte.

Regressão de cirrose avançada

Cientistas dirigidos pelo Dr. Jiro Fujimoto - Hyogo College of Medicine -, Japão, conseguiram fazer regredir a *cirrose induzida* em ratos, ao injetar genes humanos extraídos dos músculos. Talvez, isso represente uma esperança para o tratamento humano. O gene injetado nos ratos possui uma proteína que promove a regeneração do fígado e reduz a mortandade de células, conseguindo eliminar a cirrose nos animais. Essa proteína é chamada de Fator de Crescimento Hepático (HGF). Do grupo de teste com cirrose estabelecida, todos os treze ratos não-tratados morreram em 45 dias, e os nove tratados com a proteína ficaram livres da cirrose após 50 dias de tratamento.

Transplante de Fígado

Quando um transplante de fígado precisa ser feito?

Pessoas que descobrem a hepatite C precocemente, nas fases iniciais ou médias do dano hepático, certamente nunca chegarão a precisar de um transplante do fígado, pois o tratamento atual consegue curar grande parte dos infectados, enquanto nos demais é possível deter ou retardar o avanço da

doença. Desafortunadamente, alguns portadores só descobrem a doença quando o dano hepático já avançou até as fases de descompensação da cirrose, e alguns destes casos poderão requerer um transplante de fígado, como uma questão de sobrevivência para o paciente.

Neste estágio, o problema torna-se muito complexo e deve ser avaliado caso a caso. Qualquer pessoa com hepatite C deve ser monitorada regularmente por um médico. Se aparecerem sinais de progressão da doença, a pessoa precisa recorrer a um gastroenterologista ou hepatologista. Dado que a hepatite C progride muito lentamente, não é necessário recorrer a um transplante até que a doença chegue a um ponto perigoso. Fatores a serem avaliados incluem a taxa de progressão da doença, se há ou não complicações de falência hepática e exames de laboratório.

A taxa de sobrevivência depois do transplante de fígado é aproximadamente de 90% em um ano, e 70% em cinco anos.

Ninguém sabe quanto tempo um fígado transplantado pode oferecer de sobrevida. O sobrevivente mais antigo fez o transplante há 25 anos. Melhorias em técnicas e medicamentos, que estão acontecendo continuamente, permitirão à maioria dos pacientes transplantados de fígado ter vida produtiva por muito tempo.

A hepatite C é curada por um transplante ?

Não. O vírus da hepatite C pode estar na circulação sanguínea ou em outros órgãos além do fígado. Uma vez que o fígado velho é retirado e o novo é transplantado, o vírus pode voltar a atacar o fígado, e é o que geralmente acontece. Esta é a notícia ruim. A boa notícia é que a maioria dos transplantados com hepatite C permanece em boas condições, podendo, caso necessário, realizar o tratamento da doença.

Embora a doença volte, na maioria dos casos não parece danificar grandemente o fígado. É possível a hepatite voltar mais

severamente, mas isto é incomum. É difícil interpretar isto, pois só foi possível diagnosticar a hepatite C em 1990. Muitas pessoas que se submeteram ao transplante de fígado nos anos 1980, por outras razões, podem ter se infectado com o vírus na hora do transplante. Essas pessoas podem ter chances diferentes, comparadas àqueles que se submeteram a transplantes por causa de hepatite C. Realisticamente, é provável que a hepatite C seja um problema de longo prazo em pacientes transplantados de fígado que abrigam o vírus. Ainda não se sabe a gravidade que este problema possa vir a ter.

Capítulo 4

Os tratamentos alternativos

Os médicos e as terapias alternativas na hepatite C

A ansiedade do portador de hepatite C combinada à insuficiência relativa de resposta ao tratamento médico com Interferon e Ribavirina, principalmente nos contaminados com o genótipo 1, faz com que a maioria tente encontrar alguma terapia ou tratamento alternativo que leve à cura ou detenha o avanço do dano hepático.

O primeiro problema que encontram os portadores, neste momento, é o ceticismo dos médicos quando perguntamos sobre a eficácia destas terapias. Durante meu tratamento, sempre comentava com meu médico tudo o que eu estava fazendo, e ele, sabiamente, nunca me desaconselhou sobre tais terapias, nem me mandou evitá-las. Somente na ocasião em que iniciei uma super dosagem de vitaminas e minerais foi que ele se posicionou em contrário, pois sabia que o excesso de algumas vitaminas ou do ferro seria prejudicial para o meu fígado e para o tratamento.

Por outro lado, tudo aquilo que pudesse elevar a minha auto-estima, melhorar meu estado psíquico ou meu equilíbrio orgânico, era, disfarçadamente estimulado, pois ele sabia que o incremento destes fatores seria benéfico para o resultado do tratamento.

Assim, nesses 18 meses de tratamento com Interferon e Ribavirina, experimentei seções de acupuntura, mocho, regressão, seções de psicoterapia, de candomblé, pastores evangélicos, igrejas várias, diferentes modalidades de espiritismo, fórmulas milagrosas como a do Padre Zsabo ou da Dona Conceição, iniciação ao Reiki, todo tipo de ervas, como o picão, a

alcachofra e o cardo mariano, a homeopatia, e outras mil tentativas.

Durante as consultas, falava com o médico quais tinham sido as experiências do último mês, e ele escutava tudo serenamente, dando, ao final um leve sorriso, que equivalia à sua aprovação tácita, porém sempre afirmando que, se eu *negativasse*, ele continuaria atribuindo isso ao tratamento médico.

Hoje, cinco anos negativado, concordo com ele. Somente o Interferon tem sua eficácia cientificamente comprovada inclusive, já podemos até ter certeza de quais serão as chances de cada paciente em função do genótipo do vírus que ele carrega.

Entretanto, aprendi que é sumamente importante acreditar em um poder superior, e para isto é necessário recorrer a algum tipo de tratamento ou terapia alternativa. Não sou um letrado em terapias alternativas, porém acredito, pelas vivências do dia a dia, que muitos desses terapeutas não estão qualificados para a prática a que se propõem e apenas tentam ganhar dinheiro em cima da ansiedade de um paciente crônico.

Então, torna-se muito importante estar atento e saber separar aquilo que pode ser bom para nós de quem é que está nos levando por esse difuso caminho. Temos muitas opções, e nenhuma delas é suficientemente rápida para nos brindar com um milagre.

O importante é encontrar um meio de promover o encontro do tratamento médico com o nosso interior espiritual. Alguma coisa que venha a somar o efeito dos medicamentos à reação de nosso organismo e de nosso espírito.

Não sou médico nem terapeuta, porém, a experiência destes sete anos convivendo com a hepatite C, participando de mais de 300 reuniões de grupos de apoio, depois de ter realizado centenas de palestras, de freqüentar congressos médicos, de responder mais de 1.600 e-mails por mês, de ter escrito um livro sobre o tema, de manter atualizada uma página na Internet e de coordenar o fórum da nossa página, creio que me autoriza a dar algum palpite sobre o tema, principalmente do ponto de vista do portador, o qual, convenhamos, é muito diferente da visão dos

médicos, pesquisadores ou ainda, dos funcionários governamentais.

Os que me conhecem sabem que defendo abertamente o tratamento médico. Acho que todos aqueles que cumprem as condições do protocolo devem se tratar. Mas, também, creio que os medicamentos somente atuam se o nosso organismo permite a ação das drogas; e para isto o nosso corpo e, principalmente, a nossa mente, precisam estar preparados. De nada adianta tomar qualquer medicamento se pensarmos que não fará efeito. Para os que assim pensam, a minha recomendação é: “não percam tempo fazendo o tratamento”.

Para iniciarmos o tratamento, temos de estar seguros de que queremos nos tratar, de que aceitamos os procedimentos a que seremos submetidos, e que poderemos estar entre aqueles que conseguem negatizar o vírus.

Parece difícil, mas não é. Se, junto ao tratamento, dispomos de alguma outra alternativa, seja as espirituais, as naturais ou as de ajuda psicológica, é obvio que a nossa luta será muito mais fácil e tranqüila, que teremos mais esperanças, que nosso estresse será diminuído, aumentando assim as nossas defesas e nos ajudando a conseguir um melhor resultado, seja negatizando o vírus, seja, pelo menos, melhorando o estado histológico de nosso querido fígado.

Então, antes de iniciar o tratamento, devemos nos preparar, não somente tentando ficar em nosso peso ideal ou realizando um tratamento dentário preventivo; devemos também nos preparar psíquica e emocionalmente, e para isto os tratamentos alternativos oferecem os melhores resultados.

Procure uma opção alternativa que combine com sua maneira de ser, que combine com seu modo de pensar, e discuta-a com o seu médico. E o que fazer se ele for contra, e disser que todos os alternativos são bobagens? Bom, o corpo e a mente são nossos, e ainda temos o poder do livre-arbítrio. Teremos então de tomar uma decisão de foro íntimo: abandono os alternativos ou troco de médico?

Não me perguntem o que fazer, porque, conforme expliquei, esta é uma decisão pessoal. Não aconselho ninguém a

fazer isto ou aquilo. Eu, graças a Deus, tive a compreensão necessária e não precisei trocar de médico.

Sobre as terapias alternativas

Existem inúmeros tratamentos alternativos. Geralmente servem para auxiliar o paciente a manter um melhor estado físico, apresentar uma maior resistência orgânica ante o vírus e conseguir uma melhor resposta ao tratamento.

São tratamentos com os quais muitos médicos não concordam. No entanto, muitos outros médicos incentivam o paciente a tentá-los. Podem ser à base de ervas, vitaminas, regimes alimentares, religiões ou linhas espirituais, acupuntura, homeopático, yoga, reiki etc. Recomenda-se, porém, nunca abandonar o tratamento médico para realizar um tratamento alternativo. Faça-os conjuntamente, um auxiliando ao outro. Consulte seu médico antes de ingerir qualquer erva ou vitamina para saber se ela é tóxica para seu fígado.

Não existem registros científicos que confirmem a eliminação do vírus com a aplicação de qualquer tratamento alternativo. Os tratamentos alternativos podem ser uma opção para aqueles que, por qualquer motivo, não podem fazer o tratamento médico, e nesse caso tenham como objetivo diminuir o avanço da doença, ou mesmo – o que acontece em alguns indivíduos conseguindo deter seu avanço.

O que você precisa saber antes de escolher uma terapia alternativa

De todos os desafios dos portadores de hepatite C que não respondem ao tratamento médico ou não podem fazê-lo, talvez o maior deles envolva a opção por uma terapia alternativa. Porém, se você pode fazer o tratamento combinado de Interferon e Ribavirina, faça-o imediatamente, não o substitua por nenhum tratamento alternativo.

Os portadores e também as famílias se colocarão incontáveis perguntas, mas a dúvida mais tortuosa envolve a

decisão de escolher uma terapia alternativa que possa beneficiar você. É normal que surjam as seguintes dúvidas:

- ▶ Quando deve ser feita esta difícil opção?
- ▶ O tratamento alternativo é efetivo ?
- ▶ Como assumir o compromisso de um tratamento alternativo ante a crítica inevitável e o isolamento em relação aos princípios médicos e, às vezes, até mesmo da família?

Estas e outras perguntas são um sério dilema, porque as respostas são normalmente determinadas sem o apoio de um médico. Apesar de tais dificuldades, muitas pessoas estão procurando os tratamentos alternativos. A decisão de adotar um papel ativo em sua própria saúde é um fator importante para promover sua sobrevivência e bem-estar.

Além da insegurança quanto a escolher uma terapia alternativa, outras preocupações são sobre quando e como isso dever ser feito. Ao tomar essa difícil decisão, você precisa ter em conta vários fatores de modo a poder realizar a melhor escolha.

Escolhendo uma terapia alternativa

Não há um consenso geral que determine quando um tratamento alternativo deveria ser considerado. No livro em que defende a utilização da vitamina C para curar o câncer, o Dr. Newbold recomenda que qualquer tumor que possa ser extraído cirurgicamente deva deste modo ser eliminado, e imediatamente. Devemos considerar, portanto, que, se é possível usar o tratamento médico que combina o Interferon e a Ribavirina, isso deverá ser feito, e prioritariamente. Nos casos de cirrose avançada, ou de outros problemas em que o tratamento combinado não é recomendado, os tratamentos alternativos podem ser considerados. Até mesmo quando o tratamento convencional for aplicado, as pessoas podem completar a luta contra a sua doença e reduzir os efeitos colaterais das drogas que estão recebendo, usando os tratamentos alternativos.

Alguns médicos usam estas estratégias junto com os tratamentos normais. Muitos deles expressarão sua oposição à suplementação com terapias alternativas, e freqüentemente com grande convicção. Nesta situação, deverá ser considerado se a reação do médico é válida ou não. Por exemplo, o fato de usar um hepatoprotetor ou um antioxidante pode ajudar a suportar melhor ou a diminuir os efeitos colaterais do Interferon ou da Ribavirina. Neste caso, valeria a pena mostrar ao médico que ele deve apurar seus estudos com todas as referências disponíveis.

Porém, um grande cuidado deverá ser tomado quanto à decisão de usar um produto não-aprovado cientificamente, administrado junto ao tratamento médico. Esta decisão é crucial. Por exemplo, enquanto algumas drogas, de maneira geral, demonstraram efetivos resultados, quando usadas, entretanto contra determinados genomas do vírus, apenas obtiveram resultados considerados paliativos. Assim, uma distinção deveria ser feita com uma revisão cuidadosa das probabilidades de cura conhecidas. Neste assunto, a discussão honesta e aberta com o médico sempre é positiva, mas se tal diálogo não se mostrar frutífero, pode ser aconselhável escolher outro médico.

Existem tratamentos alternativos ?

Tudo na vida possui alternativas. Muitos médicos não concordam e preferem o tratamento com medicamentos. Nos Estados Unidos, 70% dos pacientes com doenças crônicas combinam o tratamento médico com algum tratamento alternativo. A maioria dos tratamentos alternativos não procura a cura do doente e sim proporcionar um bem-estar físico que o ajude a enfrentar melhor o tratamento médico. Hoje em dia, a maioria das faculdades americanas inclui os tratamentos alternativos dentro de seus currículos universitários. Se você decidir fazer qualquer tratamento alternativo, informe sempre o seu médico e observe atentamente se existe ou aparece algum efeito contraproducente.

Os tratamentos alternativos são efetivos ?

Houve poucas tentativas de pesquisa para conferir a efetividade de terapias naturais ou alternativas no tratamento da hepatite C, mas muitas pessoas informam terem obtido benefícios. Se você decidir usar alguma terapia alternativa, é fundamental consultar seu médico, que estará corretamente qualificado para orientar você a respeito da sua capacidade de tolerá-la.

Se um terapeuta natural sugerir que você deixe de ver seu médico especialista, abandone imediatamente este terapeuta, pois ele estará agindo equivocadamente, dando-lhe tal conselho. Faça perguntas minuciosas a seu terapeuta alternativo:

- ▶ O tratamento é perigoso ?
- ▶ Como esta terapia consegue resultados em pessoas com hepatite C ?
- ▶ Quais são os efeitos colaterais ?
- ▶ O terapeuta é associado de uma organização de classe reconhecida ?
- ▶ Quantos experimentaram esta terapia e qual foi o resultado aferido cientificamente em pessoas com hepatite C ?
- ▶ Como foram avaliados os resultados da terapia e onde estão publicados?

Como escolher uma terapia alternativa

Antes de se decidir por uma terapia alternativa, devem ser feitas várias perguntas difíceis de responder e que deveriam ser sanadas da melhor maneira possível. A terapia oferecida é efetiva no tratamento da hepatite C ? Quais são as possibilidades de

cura ou expectativas de melhora? Há qualquer arquivo médico ou estudos clínicos que atestem a efetividade dessa terapia?

De acordo com os estudos científicos, as únicas terapias provadas e aceitáveis são aquelas que: 1) tendo sido testadas em animais, foram posteriormente confirmadas em seres humanos; 2) que publicaram os resultados na literatura médica e ainda que 3) possam ser reproduzidas por qualquer terapeuta. Todas as outras são suspeitas, porém, esta suposição exclui muitos fatores importantes.

Ocorre que, por várias razões, alguns estudos não são publicados. Por exemplo, muitas pessoas procuram tratamentos alternativos mas, em muitos casos, completam a terapia mas não mantêm contato com o médico. Em outros casos, morrem pacientes antes que qualquer teste possa ser completado. Outro problema é que as clínicas alternativas usam uma variedade de modalidades chamadas *naturais*, e isto mina a sua aceitação por parte dos médicos.

Decidindo-se por uma clínica alternativa, em particular, pergunte se você pode ver os arquivos médicos dos pacientes. Nem sempre isso é possível, já que afinal os prontuários são sigilosos, mas muitas clínicas mantêm alguma forma de documentação sobre as histórias dos casos dos pacientes. Cuidado ao folhear os relatórios dos casos. Por exemplo, se um paciente é descrito como tendo tido hepatite C, diagnosticado por um determinado médico, e, depois do tratamento, parece que se curou, já está aí uma boa razão para desconfianças. A hepatite C pode estar diagnosticada erroneamente, caso isso não tenha sido feito por um médico especialista. Do mesmo modo, uma aparente cura não é uma estimativa quantitativa e não revela nada. Ou o paciente está negativado ou não está, e deveriam ser listados testes verificáveis e procedimentos que demonstrassem a história dos pacientes.

Quais são as credenciais do terapeuta alternativo ?

Em cada centro de tratamento alternativo, deve existir um médico responsável, embora apenas isso não certifique,

automaticamente, a qualidade de um tratamento. Assegure-se também de que o médico é formado em uma universidade conhecida (e não, por exemplo, numa escola por correspondência).

Quais são as experiências da clínica ou porcentagens de cura?

Pode ser difícil verificar este dado, mas é uma informação que serve como ponto de comparação. Procure verificar as entrevistas dos pacientes (anamnese) tratados na clínica. Os grupos de apoio da sua cidade podem ser uma fonte de consulta e referência. Procure neles informações sobre outros portadores que passaram pela experiência.

O que estão descrevendo, cura ou melhora do paciente?

Tenha cuidado com a distinção entre cura e melhora clínica. Uma melhora nos sintomas por seis meses não pode ser considerada a cura, mas pode significar um benefício efetivo para o paciente. Também desconfie de qualquer clínica que faz propaganda extravagante, substancialmente diferente das estatísticas (por exemplo, 80% de curas, quando normalmente um número muito menor de pacientes consegue negatar no tratamento médico) sem poder oferecer a confirmação.

A clínica também oferece o tratamento médico convencional?

Um médico alternativo que rejeita qualquer forma de tratamento convencional é suspeito e deve ser descartado porque as terapias convencionais são eficazes para muitos pacientes.

É possível obterem-se valiosas informações, que também podem ser usadas para endossar uma terapia, pelas entrevistas feitas e confirmadas com os pacientes. Depois de consultar uma clínica, solicite falar com os pacientes tratados. Qualquer clínica que desaconselhe este processo deve ser descartada.

Informações também podem ser obtidas nas reuniões de grupos de apoio, nas quais as experiências são discutidas livremente.

De acordo com os médicos, os testemunhos de cura ou melhora podem estar errados pelas seguintes razões :

- ▶ os pacientes podem ter uma hepatite C que está progredindo lentamente e não está manifestando nenhum sintoma, mas o tratamento alternativo pode incrementar a sua qualidade de vida e o seu estado físico, fazendo-o aparentar uma melhora;
- ▶ os pacientes podem ter tido um nível de transaminases que voltou naturalmente à normalidade, mas o crédito é dado ao tratamento alternativo;
- ▶ o paciente que recebeu terapia médica recentemente, enquanto fazia uma terapia alternativa, pode estar experimentando uma regressão devido aos efeitos do tratamento original. Mas, novamente, o crédito é dado à terapia alternativa.

Verifique também se a hepatite C da pessoa foi confirmada por um PCR e por uma biópsia. Pergunte se foram feitos testes específicos e adotados procedimentos de diagnóstico (por exemplo, TGO, TGP, GGT, PCR, testes de função hepática etc.). Averigüe se estes testes foram revisados por hepato/gastroenterologista competente, ou médicos de um hospital especializado.

Freqüentemente, as curas que acontecem fora do tratamento médico são vistas com grande ceticismo pela corrente médica. Uma das explicações mais comuns oferecidas por médicos é que a cura, no caso, é na verdade uma melhora espontânea. As melhoras espontâneas, a menos que aconteçam nos primeiros meses depois da contaminação, são tão raras que tal ocorrência entre os pacientes de hepatite C desafia qualquer grau lógico de probabilidade.

Os portadores devem ter cuidado ao avaliar toda a informação descrita. E, também, estar atentos a alguns sinais de fraude ou ao comportamento imoral entre os médicos. Enquanto algumas clínicas agem dentro de princípios éticos e profissionais, é mais fácil do que provavelmente imaginamos encontrar charlatões nos tratamentos alternativos.

As perguntas a seguir podem ajudar algumas famílias a determinar como serão afetadas coletivamente com a terapia selecionada:

É importante ter o apoio da família, caso contrário será difícil acompanhar as terapias alternativas.

- ▶ A família concorda com a teoria e a filosofia da terapia em vista?
- ▶ Os efeitos colaterais, a duração do tratamento e todas as outras variáveis relacionadas foram discutidas satisfatoriamente?
- ▶ Os familiares estão preparados para fazer as modificações necessárias e ajustar-se à terapia? As regras dietéticas rígidas serão aceitas, ou criarão problemas?
- ▶ Se o portador está trabalhando ou viajando, o programa pode continuar a ser seguido fielmente (por exemplo, mantendo uma dieta ou regime fora de casa)?
- ▶ Os grupos de apoio são uma opção real, com a qual os familiares concordam?

Chegar a um acordo em torno das perguntas acima, por meio de conversa franca e aberta, pode assegurar o compromisso necessário para o sucesso potencial de um tratamento, evitando conflitos que tendem a comprometê-lo ou mesmo abortá-lo.

Homeopatia pode auxiliar no tratamento da Aids e da Hepatite C

As vantagens da utilização de produtos homeopáticos como complemento no tratamento de doentes com Aids e Hepatite C são defendidas num estudo realizado pelo Hospital Hotel-Dieu, em Lion, França, que envolveu vinte e duas pessoas infectadas com o vírus HIV e 53, com o vírus da Hepatite C. Esse estudo foi realizado entre janeiro de 1999 e setembro de 2000.

As conclusões foram divulgadas na França durante as jornadas sobre homeopatia promovidas pelo Institut Boiron, demonstrando os benefícios da homeopatia quando aplicada como complemento dos tratamentos convencionais.

Nesse sentido, a homeopatia apresenta benefícios no tratamento das diarreias, comichões e insônias dos doentes com Aids e das astenias (fraqueza), depressões e irritabilidade próprias dos doentes com Hepatite C. "Ficou provado que o método homeopático minimiza e, em muitos casos, elimina os efeitos secundários dos medicamentos utilizados no tratamento destas doenças", afirmam os responsáveis pelo estudo, durante a apresentação das suas conclusões nas jornadas homeopáticas.

Segundo eles, "os medicamentos homeopáticos não interferem nos efeitos dos convencionais e, no caso da Aids e da Hepatite C, podem melhorar a qualidade de vida dos doentes".

A homeopatia está baseada num sistema de tratamento de certas doenças por meio dos agentes que as podem provocar, aplicados em doses muito reduzidas. "O semelhante cura o semelhante", é este o princípio, que pode ser exemplificado da seguinte maneira: quando uma abelha pica uma pessoa, o seu veneno provoca edema, calor e ardor na zona afetada, mas o tratamento homeopático passa pela utilização do mesmo veneno, aplicado em dose muito diluída.

Segundo os homeopatas, determinadas substâncias em doses elevadas provocam sintomas colaterais, que podem ser tratados com a utilização dessas mesmas substâncias em doses muito reduzidas.

Alguns tratamentos alternativos

Acupuntura

Não pode atacar diretamente um vírus, porém pode ser um estimulante para fortalecer o organismo como um todo. Está comprovado que a acupuntura beneficia o sistema orgânico.

Tratamentos espirituais

A crença em qualquer religião é sumamente importante e já está provado, por meio de estudos feitos por universidades americanas, que pessoas com crenças espirituais mais sólidas reagem muito melhor a qualquer doença e seu tratamento. A fé e a oração têm um poder imenso na ativação do sistema de defesa do organismo.

Pensamento positivo

É muito importante para se conseguir a cura de qualquer doença. Pense sempre positivo, mantenha-se decidido a curar-se. Encare cada novo dia com otimismo, sem ansiedade, e se possível tente não se estressar. Está provado que o stress prejudica o sistema imunológico. Não se deprima, lute. Você possui muitas chances de ganhar esta guerra .

Exercícios físicos

São muito importantes para manter o corpo em boa forma, desde que não ultrapassando a capacidade física dele. O exercício em excesso aumenta o stress e sobrecarrega o organismo. Os exercícios aeróbicos, como caminhar, andar de bicicleta ou a natação são ótimas opções para melhorar o estado físico do organismo, a circulação e a oxigenação do sangue.

Homeopatia

Não existem registros que prescrevam o tratamento homeopático. Porém, todas as formulações usadas para fortalecer o organismo e o sistema imunológico são válidas. Estudos mostram que é possível sentir menos os efeitos colaterais dos medicamentos com o uso da homeopatia.

Vitaminas - Cuidado !

Cuidado com as vitaminas oleosas tipo A ou E e algumas B em altas dosagem, pois elas se acumulam no fígado, dificultando o seu funcionamento e formando depósitos gordurosos que irão aumentar a inflamação e as transaminases, agravando o problema. Cuidado, também, com os complexos ou suplementos de multivitaminas e minerais, pois contêm altas concentrações de ferro na sua composição. O ferro alimenta os vírus e deposita-se no fígado.

As vitaminas contidas nos alimentos sobrecarregam muito pouco o fígado pois são mais facilmente metabolizadas. Sempre dê preferência a uma boa alimentação, rica e variada, que supra as necessidades vitamínicas, dispensando, assim, vitaminas em cápsulas.

Vitamina A

É a vitamina mais perigosa para o fígado, junto com o excesso de vitamina E. É de difícil metabolização pelo órgão, acumulando-se gradativamente e resultando em um excesso que pode chegar a comprometer o fígado. Em inúmeros casos, resulta em dano hepático.

Muito cuidado com os complementos multivitamínicos. Geralmente, a quantidade de vitaminas A e E é muito superior à dosagem diária recomendada para o organismo.

Vitamina E

Excelente antioxidante, ajuda a reduzir a inflamação dos órgãos do corpo, inclusive do fígado, ao eliminar os radicais livres, podendo, assim, obter a redução das transaminases. A dosagem não pode ultrapassar 400 UI por dia, pois, por ser oleosa, tende a se acumular no fígado, e o seu excesso terá um efeito tóxico nocivo. A melhor dosagem comprovada é de somente 200 UI por dia.

Vitamina C

É um poderoso agente antiviral. O prêmio Nobel de medicina, Dr. Linus Pauling, recomenda um mínimo de 10 gramas de vitamina C por dia para qualquer pessoa. Nesta dosagem, pode causar diarreia, que cessa ao interromper-se a ingestão. Tenha cuidado: tomar acima de dois gramas por dia pode aumentar a quantidade de ferro no fígado, que representa um perigo, principalmente nos casos de cirrose e nos pacientes com hepatite C em tratamento com Interferon, inibindo a ação do medicamento. Consulte o seu médico.

Ervas e tratamentos fitoterápicos

Atenção: Qualquer tratamento com ervas somente faz efeito se seguido por um período médio de três meses. Após esse período, é aconselhável parar por algum tempo, permitindo ao seu organismo eliminar qualquer resíduo que tenha se acumulado no fígado, evitando-se assim um efeito tóxico e nocivo.

Se observar sintomas como dermatites, diarreia, dor de cabeça, tonturas ou inflamação do fígado, isto indica que a dosagem está muito elevada ou que você pode ser alérgico a esta planta. Interrompa imediatamente o tratamento ou diminua a dosagem.

Os tratamentos alternativos à base de ervas são importantes coadjuvantes e excelentes hepatoprotetores ou antioxidantes; porém nunca deve ser abandonado o tratamento médico para se realizar um tratamento alternativo. Faça-os

conjuntamente, um auxiliando ao outro, sempre consultando o seu médico. Cuidado: certas ervas podem ser tóxicas para seu fígado, prejudicando-o ainda mais. Se, após tomar alguma erva, sentir dor de cabeça, sonolência ou qualquer reação, interrompa imediatamente a ingestão e consulte novamente o seu médico.

Abacaxi

Excelente digestivo para ser comido como sobremesa depois de comidas gordurosas ou ricas em proteínas.

Acelga

Legume hepatoprotetor. É recomendada nos casos de esteatoses (depósitos de gordura no fígado)

Alcachofra

(Cynara Scolymus)

Planta tradicionalmente popular no tratamento dos transtornos hepáticos. O ingrediente ativo, Cynarin, demonstrou proteger as células hepáticas e possuir efeitos reparadores das mesmas além de ser desintoxicante.

Alcaçuz

(Glycyrrhiza glabra)

É efetiva no tratamento das hepatites viróticas. No Japão, o princípio ativo é comercializado para tratamento endovenoso das hepatites crônicas. Em excesso, pode elevar a pressão, reter líquidos no organismo e causar complicações cardíacas.

Ácido Ômega 3

Excelente antioxidante, ajuda a reduzir a inflamação dos membros e do fígado, ao eliminar os radicais livres, podendo,

assim, obter a redução das transaminases. Peixes como atum e salmão são excelentes fontes de Acido Ômega 3.

Alecrim

A atividade hepatoprotetora e hepatocurativa apresentada pelo alecrim, e fundamentalmente por seus brotos mais tenros, pode ser atribuída à sua capacidade antioxidante. O alecrim não deve ser utilizado de forma contínua já que desse modo pode dar lugar a manifestações tóxicas.

Alfafa

Atua como nutriente e diurético, auxiliando no processo digestivo. Os brotos de alfafa são fáceis de preparar como salada.

Alho

É um antibiótico, antifúngica e antiviral natural, protegendo o corpo de infecções, eliminando toxinas e regulando os níveis de células brancas e vermelhas. Em altas quantidades, pode causar dermatite e diarreia, e ainda inibir a coagulação do sangue e alterar a função da tireóide. Tenha muito cuidado com a quantidade ingerida e prefira o alho natural ao óleo em cápsulas. Dica culinária: para evitar a repetição do sabor do alho na garganta, corte o dente de alho ao meio e retire o bulbo central antes de usar.

Cuidado: não use em excesso se você tiver varizes no esôfago, cirrose, ou plaquetas baixas, pois diminui a capacidade de coagulação do sangue.

Aloe Vera

Estimula a secreção biliar. Possui efeito laxante. Em excesso pode ser tóxico.

Astragalus

(Astragalus Membranaceus)

Na medicina chinesa, é chamado de HUANG QI, e possui excelentes propriedades para melhorar as defesas do organismo, reativando o sistema imunológico.

Boldo do Chile

O chá feito com as folhas do boldo obtém resposta positiva na redução das transaminases e da inflamação do fígado.

Café

Em quantidades discretas, aumenta o fluxo biliar; porém, em quantidades excessivas, provoca efeito contrário.

Cardo Mariano – Silymarina

Milk Thistle

(Silybum Marianum)(Leberschutz)

O famoso *milk thistle* é provavelmente a melhor das ervas para o tratamento do fígado. É recomendada como tratamento complementar nos casos de cirrose, esteatose, colestease e hepatite.

A silymarina refere-se ao extrato das sementes do cardo mariano. Usado há mais de 2 000 anos, foi largamente empregado na Idade Média para tratamento do fígado. O ingrediente ativo age como um potente hepatoprotetor e antioxidante e promove o nascimento de novas células hepáticas. O cardo mariano pode ajudar a proteger e sarar o fígado, nos danos causados pelo álcool, drogas, produtos químicos ou medicamentosos, venenos ou hepatites, atuando como hepatoprotetor na recuperação das células hepáticas, possuindo excelentes propriedades antioxidantes.

É muito usado na Europa, principalmente na Alemanha, onde existem centenas de estudos científicos comprovando o seu

efeito benéfico. Ganhou comprovação científica também no tratamento dos danos causados pelo álcool, drogas, medicamentos, venenos e agrotóxicos, e está sendo amplamente estudado no tratamento da hepatite, da esteatose e da cirrose.

A dosagem recomendada é de 300 a 600 miligramas, por dia, de extrato que no mínimo contenha 80% de princípio ativo. Ingerir de preferência junto com alimentos. Não possui efeitos colaterais e não reage com outros medicamentos. Reduz o colesterol biliar (gordura depositada no fígado, chamada de esteatose). Encontra-se à venda em farmácias e nas lojas de vitaminas importadas. Na farmácia, procure pelos seguintes nomes: Silimalon ou Legalon, Milk Thistle ou Leberschutz; se não encontrar o produto manufaturado, mas dispuser da planta, jogue uma colher de sobremesa da flor seca em uma xícara de água quente e aguarde dez minutos antes de beber.

Castanha do Para

(Bertholletia excelsa)

As frutas secas como nozes, amêndoas e castanhas são ricas em vitaminas e proteínas vegetais. Os efeitos positivos do consumo diário da Castanha do Pará, uma semente rica em vitaminas A, B, C e E e em proteínas completas como a excelsina, aumentam e melhoram a qualidade de vida.

Os pacientes enfrentam melhor o efeito colateral dos medicamentos, já que a castanha-do-pará é altamente estimulante do sistema imunológico em geral. Além de nutriente, a Castanha do Pará é um poderoso antioxidante, com suas proteínas completas que combatem os radicais livres, especialmente os depósitos de ferro resultantes das quebras de moléculas de hemoglobina.

Cebola

Comer cebola crua desacelera a digestão, aumentando a acidez do suco gástrico. Se você não sofrer de gastrite, a cebola vai estimular discretamente a secreção biliar.

Chá verde

Excelente antioxidante para reduzir a produção de radicais livres.

Chicória

Característica por seu sabor amargo, este legume possui propriedades aperitivas e auxiliares da função hepática.

Coenzym Q-10

É um antioxidante que aumenta a capacidade das células T, reduz o risco de infecções e ativa a produção do Interferon natural.

Cogumelos reishi, shitake e cogumelo do sol

Na medicina chinesa, estes cogumelos são chamados de *Fu Shen*. Considera-se que possuam o poder de aumentar as defesas imunológicas e a produção do Interferon natural. Regulam também a pressão arterial, limpam o sangue, estimulam o funcionamento do fígado e ajudam a combater o stress. Recomenda-se fazer um chá com 3 a 5 gramas de cogumelos por dia.

Dente de Leão - (Taraxacum Officinale)

A raiz e as folhas possuem propriedades reparadoras para o fígado. Recomenda-se o uso da erva em cápsulas, à venda em farmácias. É um excelente diurético, recomendado para pessoas com retenção de líquidos, cálculos biliares ou cálculos nos rins. Ótima alternativa para substituir os diuréticos. Auxilia nas dores das juntas e articulações.

Endívia

Este saboroso legume possui ação depurativa, facilitando a função hepática.

Equinácia

(Echinacia Púrpura)

Estimulante do sistema imunológico, aumenta a capacidade do Interferon natural produzido pelo organismo. Excelente para tratar a neuropatia (pernas pesadas). Excelente coadjuvante no tratamento das infecções por vírus, bactérias e fungos. Interfere na replicação dos vírus dificultando a sua reprodução. Mostrou-se eficiente para restaurar o sistema imunológico de pacientes submetidos à quimioterapia. Estimula a secreção salivar pelo que é indicada na sensação de boca seca. Durante a gravidez e lactação, seu uso exige estrito controle médico. Encontra-se em cápsulas nas farmácias.

Erva de São João ou Hipericum

(St. John's Wort) (Hypericum Perforatum)

Cuidado, não confundir com o mesmo nome dado na língua portuguesa a outra erva. É a erva da moda nos Estados Unidos, recomendada como um antidepressivo leve, atuando contra a ansiedade e o stress. Também possui efeitos positivos na recuperação do fígado. Melhora a neuropatia (pernas pesadas). Auxilia no tratamento dos problemas hepáticos.

ATENÇÃO: Estudos recentes em portadores de AIDS mostram que o uso do Hipericum prejudica o tratamento. Ainda não foi estudado se isto acontece no tratamento da hepatite C, porém é recomendável tomar muito cuidado, até, se possível, não consumindo esta erva durante o tratamento.

Ferro

Não tome nenhum suplemento que contenha ferro. Uma das características da hepatite C é a acumulação de ferro no fígado e está comprovado que os vírus se alimentam deste ferro.

Muito cuidado com os complementos multivitamínicos e minerais. Geralmente, a quantidade de ferro é muito superior à dosagem diária recomenda para o organismo.

O ferro contido nos alimentos é mais fácil de metabolizar e ser eliminado do organismo, que dele necessita para manter funcionando músculos, tecidos e órgãos.

Ginkgo Biloba

Pode ajudar a combater o cansaço. São suficientes 60 mg. diários do extrato em cápsulas. Poderoso antioxidante do sistema nervoso central, atua nos problemas de memória, pressão alta, depressão, e ativa o sistema imunológico. Possui efeito vasodilatador.

Ginseng

Estimula a atividade das células T e a produção do Interferon natural.

Kava Kava

Indicado contra insônia e estresse, pode causar dano ao fígado.

ATENÇÃO: Existem trabalhos comprovando que concentrados feitos a partir da raiz da Kava Kava podem causar lesão hepática. É conveniente não usar esta erva.

Spirulina

É o extrato da alga verde/azul e possui atividade antiviral. Não existem estudos sobre o efeito na hepatite C, porém acredita-se que acelera a recuperação do fígado. É rica em betacaroteno.

Suco de limão

Excelente depurador para o fígado. Não pode ser usado em excesso se a pessoa sofrer de problemas gástricos ou se tiver cirrose.

Tamarindo

Seus frutos promovem a salivação, pelo que é recomendada para combater a sensação de boca seca. Auxilia no funcionamento da vesícula biliar.

Unha de gato

Potente antioxidante, reduzindo os radicais livres, com o qual consegue um efeito do tipo antiviral, antiinflamatório e antitumoral. Pode diminuir o número de plaquetas, razão pela qual deve ser evitada por quem tiver uma contagem baixa de plaquetas.

Ativadores naturais do Interferon natural no organismo

O Interferon é uma substância produzida pelas células brancas do corpo, que luta contra infecções, câncer, alergias e envenenamento por substâncias químicas ou tóxicas.

Pode ser produzido artificialmente para ser injetado, no combate a alguns tipos de câncer e infecções por vírus, como na hepatite C.

Estudos indicam que muitas substâncias naturais podem ativar a própria produção, no corpo, do Interferon. Os mais conhecidos ativadores ou potencializadores de Interferon naturais são:

Astragalus - uma erva chinesa que aumenta a reação dos anticorpos a invasores estranhos de todo tipo, inclusive o câncer.

Boneset - uma erva anti-séptica, encontrada na América, com propriedades antivirais, usada para o tratamento de resfriados e gripes, tosses, febres, indigestão e dor.

Clorofila - um pigmento das plantas que pode ser achado em uma longa lista de legumes verdes e algas.

Coenzyma Q10 - um antioxidante que atua em toda a cadeia de transporte de energia no corpo. O coenzyma Q10 ajuda a reduzir o risco de infecção nas células T.

Echinacea - a erva mais popular na América do Norte, usada como tratamento para dores de dente, mordidas ou picadas de insetos, alergias e todos os tipos de infecções.

Ginkgo - um antioxidante do sistema nervoso central, potente para o tratamento de distúrbios de circulação, problemas de memória, pressão alta, depressão e distúrbios do sistema imunológico.

Alcaçuz - uma erva antiinflamatória e antialérgica, trata infecções da área respiratória como também distúrbios femininos, úlceras e insuficiência renal.

Melatonina - um hormônio produzido pela glândula pineal, atua como antioxidante no sistema imune ativando as suas propriedades.

Cardo mariano (silymarina) - uma erva recomendada comumente como um limpador e restaurador do fígado, e indicada como tratamento médico complementar para hepatites.

Cogumelos medicinais - reishi, maitake, shiitake, kombucha e outros estimulam muitos aspectos do sistema imunológico, inclusive a produção de Interferon.

Ginseng siberiano - estimula as células T, a energia e a libido.

Vitamina C, bioflavonóides, especialmente o extrato de semente de uva, hesperidina, ácido lipóico e ácido ômega 3 são poderosos antioxidantes.

Esta lista mostra alguns dos potencializadores do Interferon naturais mais populares, disponíveis em farmácias, de forma isolada, ou em combinação com outras substâncias. Para mais informações sobre como impulsionar a imunidade natural de seu organismo, consulte o seu médico.

Nunca tome nenhum produto sem uma prévia consulta a seu médico. Se, ao ingerir qualquer produto, você sentir que ele caiu pesado, provocando alguma dor de cabeça ou sensação de cansaço, pare imediatamente de usá-lo. O mesmo produto que pode ser benéfico para uma pessoa pode ser tóxico para outra. A cada três meses, pare de tomar a erva por pelo menos trinta dias, assim vai evitar o acúmulo no organismo e evitar os efeitos tóxicos.

Tratamento alternativo complementar da cirrose

Para aqueles que não podem fazer o tratamento médico, esta pode ser uma alternativa. Deve-se preservar o fígado mediante uma dieta rígida e que não excite o órgão, eliminando substâncias tóxicas, condimentos fortes, frituras, carnes vermelhas, café, álcool, cigarros, drogas e medicamentos. Para estimular o fígado, recomenda-se a aplicação de compressas quentes de água com vinagre e banhos de imersão em banheira com água morna, pelo menos uma vez por dia, e, se possível, banho de sol durante meia hora por dia. Algumas pessoas recomendam o consumo de alcachofras e cascas de limão. Chás ou cápsulas de cardo mariano (silymarina), boldo do Chile e alecrim também são indicados. No capítulo 7, é encontrada a dieta ideal para casos cirróticos.

Capítulo 5

Convivendo com o Interferon e a Ribavirina

Introdução

Se você está se tratando com Interferon e/ou Ribavirina, é muito importante tomar precauções, pois só assim terá como diminuir alguns dos efeitos colaterais que poderá experimentar. Algumas medidas simples podem fazer uma diferença grande nessa questão e, conhecendo os cuidados a serem tomados, você estará garantindo uma melhoria do seu bem-estar, além de saber que o que vem acontecendo está sob seu controle.

Será sempre mais fácil apropriar-se desse sentimento de estar controlando a situação quando você descobrir o quanto pode contribuir para o seu próprio bem-estar. Lembre, entretanto, que esta ajuda nunca é um substituto para cuidados médicos profissionais. Leve ao seu médico qualquer dúvida que possa ter sobre medicamentos e relate qualquer efeito colateral que experimentar.

O que é o Interferon ?

O Interferon é uma proteína naturalmente produzida em nosso corpo com a função de atuar como um mensageiro na luta contra os vírus invasores, ativando o sistema imunológico e interferindo na reprodução destes vírus. O medicamento Interferon é uma reprodução sintética do Interferon produzido naturalmente pelo organismo.

O organismo produz diferentes tipos de interferons. O interferon alfa é produzido pelos glóbulos brancos do sangue; o interferon beta é produzido pelas células de várias partes do

corpo; e o interferon gama é produzido pelas células chamadas de linfócitos T.

Em que consiste o tratamento com Interferon ?

O tratamento consiste na aplicação de injeções debaixo da pele, subcutâneas. É o mesmo tipo de seringas e agulhas que os diabéticos costumam usar para a insulina. O recomendável é aprender a aplicar as injeções em si mesmo. O seu médico ou qualquer diabético que use insulina poderá ensinar como fazê-lo.

Quanto tempo dura o tratamento com Interferon ?

Para as pessoas com hepatite C, o tratamento normalmente recomendado, dependendo do genótipo do vírus, pode durar de 24 a 48 semanas, se o paciente der sinais de estar respondendo.

Quem deve receber tratamento com Interferon ?

Existe um consenso entre os médicos (o qual pode variar em função de cada caso e da avaliação médica) de somente tratar com Interferon os pacientes que tenham o PCR positivo, as transaminases 50% acima daquilo considerado normal, após confirmação de três ou quatro exames no decorrer de quatro a seis meses, e um resultado de biópsia com grau de fibrose dois ou superior.

Logicamente, o tratamento somente poderá ser feito após todos os exames clínicos, laboratoriais e físicos necessários para verificar a tolerância ao Interferon e à Ribavirina pelo paciente. Não estando na situação acima, recomenda-se tentar outros

tratamentos, assim como manter um permanente acompanhamento médico até se ter a necessidade de iniciar o tratamento.

Como atua o Interferon no organismo

O Interferon possui atividade antiviral, estimulando o sistema de defesa a atacar os antígenos dos vírus que se estabeleceram nas células. Por ser um imunomodulador, ativa o sistema imunológico de diversas formas, fazendo com que este atue com maior eficácia na luta contra as doenças.

Cinética do vírus

A cinética do vírus permite entender melhor os mecanismos biológicos da infecção, permitindo adequar um tratamento ao caso individualizado e, principalmente, estabelecer precocemente o prognóstico de cada portador, baseado na queda da viremia logo no início do tratamento.

Alguns pesquisadores estão estudando a queda que acontece nas primeiras 24 horas da primeira aplicação de Interferon e desenvolvendo fórmulas para determinar se este paciente terá resultados positivos no tratamento.

O maior entrave, por enquanto, é a sensibilidade dos testes de carga viral, porém será formidável quando se chegar a esse ponto, pois aqueles que não responderão ao tratamento não precisarão sofrer com os efeitos colaterais durante os 6 meses seguintes, para se frustrarem ao final.

Realizando-se um PCR para medir a carga viral na quarta semana de tratamento, já há grandes chances de se prognosticar, com razoável margem de segurança, qual será a resposta, e acredito que no futuro, provavelmente antes de 2004, este será o consenso utilizado.

Os benefícios, tanto no conforto do paciente, como na economia de recursos são formidáveis. Atualmente, é adotado o

critério de realizar um CR na 12^a semana do tratamento para determinar a continuidade ou interrupção da terapia, quando usado o Interferon Peguilado. No caso do Interferon convencional, o teste é realizado na 24^a semana do tratamento.

Uma vez usando o Interferon Peguilado, se na 12^a semana do tratamento, a queda na carga viral não for superior a 2 log (aproximadamente uma redução de 100 vezes o valor em U/l ou genomas, antes do tratamento), ou não se encontra negativa, as chances de conseguir um resultado positivo com uma resposta sustentada podem ser avaliadas com grande segurança. Em aproximadamente 15% dos tratados, o tratamento deve ser interrompido.

Para os 85% que conseguem negativar ou baixar mais de 2 log na 12^a semana do tratamento (índices conseguidos quando tratados com o Interferon Peguilado), as chances de conseguir uma resposta sustentada são de 65%, o que aconselha a continuidade do tratamento.

Porém, na 12^a semana do tratamento, os 15% que não conseguem a redução acima, praticamente não terão chances de conseguir negativar e manter uma resposta sustentada. Somente 3% deles terão alguma possibilidade de sucesso, o que praticamente aconselha a suspensão do tratamento, já que esta pequena chance não compensa prolongar o tratamento e seus efeitos colaterais por mais nove meses.

Todos os infectados devem tomar Interferon ?

Estudos recentes aconselham que doentes com infecção crônica pelo HCV, com transaminases elevadas e evidência de evolução para cirrose (qualquer tipo de fibrose no fígado) devem ser tratados com Interferon. Quadros mostrando transaminases normais e cirrose descompensada não justificam o tratamento com Interferon. Em todos os casos, a decisão de tratar com Interferon deve ser tomada com base numa avaliação individual feita pelo médico. Os mesmos estudos sugerem que são contra-indicações relativas: depressão não-tratada, leucopenia ou

trombocitopenia, hipertiroidismo não-tratado, transplantados renais e evidência de doença auto-imune.

O tratamento produz muitos efeitos colaterais ?

Podem acontecer efeitos colaterais, principalmente, uma sensação de estado gripal generalizado, fadiga intensa, depressão, baixa dos glóbulos sangüíneos, dores de cabeça, musculares e articulares e outras alterações neuropsiquiátricas, diferentes em cada paciente. Alguns pacientes não são acometidos de nenhum efeito colateral. A maior parte dos doentes consegue completar o tratamento, mas, em alguns casos, é necessária a redução das dosagens ou a sua descontinuação.

Conselhos dos fabricantes

Para aliviar alguns dos efeitos colaterais de Interferon, siga estes conselhos básicos:

- ▶ O analgésico Tylenol (paracetamol) pode ser usado para prevenir ou parcialmente aliviar a febre e dor de cabeça.
- ▶ Aplique-se o Interferon antes de deitar, assim o pico dos efeitos acontecerá durante o seu sono.
- ▶ Conserve as suas energias e tente manter um bom condicionamento físico.
- ▶ Beba muita água.
- ▶ Coma refeições equilibradas; tenha certeza de que está ingerindo uma quantidade adequada de calorias na sua dieta.
- ▶ Pense positivo, mantenha uma perspectiva mental saudável.

Os efeitos colaterais mais comuns associados ao Interferon usualmente diminuem depois das primeiras semanas de terapia. Podem incluir febre, dor de cabeça, fadiga, fraqueza, frio, dor muscular e dor nas juntas. Outros sintomas que freqüentemente acontecem são náusea, perda de apetite, diarreia e perda de cabelo. São comuns ao começo da terapia e não devem causar alarme. Se você tiver qualquer pergunta sobre efeitos colaterais ou medicamentosos, consulte o seu médico.

E se o Interferon não funcionar ?

Até mesmo quando o Interferon não consegue negativar o vírus de forma sustentada, ele produz efeitos benéficos, colocando o vírus por algum tempo em menor atividade e ajudando você a viver muito mais tempo e mais confortavelmente, além de proporcionar uma importante recuperação nas células do fígado e na função hepática. Só isso, além de prorrogar o aparecimento de um dano hepático superior, o deixará em melhores condições caso seja indicado um re-tratamento.

Posso levar uma vida normal enquanto estou tomando Interferon ?

A maioria das pessoas pode continuar vivendo normalmente enquanto está sendo tratada com Interferon. É possível que você tenha de re-programar a sua rotina de atividades diárias, prejudicando o menos possível o seu trabalho. Se seu tratamento com Interferon o deixar muito cansado, convém pensar em ajustar seu horário de trabalho durante algum tempo. Fale francamente com seu empregador sobre suas necessidades. Você pode trabalhar em meio expediente, ou talvez possa fazer algum trabalho em casa.

Gravidez e Interferon

Se um dos parceiros, homem ou mulher, estiver tomando Interferon e Ribavirina, a mulher deve tomar todos os cuidados

possíveis para não ficar grávida, inclusive até seis meses após a interrupção do tratamento, pois podem acontecer malformações genéticas na criança.

Como sei se o Interferon está atuando positivamente ?

Seu médico usará vários métodos para medir como seu tratamento está funcionando. Você se submeterá a exames físicos freqüentes e exames de sangue. Não hesite em perguntar ao médico pelos resultados e o que eles mostram sobre seu progresso. Enquanto testes e exames podem indicar como o Interferon está trabalhando, os efeitos colaterais contam muito pouco. Algumas pessoas pensam que, se não tiverem efeitos colaterais, as drogas não estão trabalhando, ou que, se tiverem efeitos colaterais, as drogas estão trabalhando bem. Isto é totalmente equivocado.

Efeitos colaterais variam tanto de pessoa para pessoa que os ter ou não os ter não é um sinal de que o tratamento é efetivo. Se você está lendo isto antes de começar a tomar Interferon, pode sentir-se assustado pela gama extensiva de efeitos colaterais descrita na bula. Porém, parece que muitas bulas são escritas por advogados e não por cientistas, tentando proteger os fabricantes de possíveis ações judiciais.

Lembre-se de que nem todas as pessoas sofrem todos os efeitos colaterais, e algumas pessoas não sofrem nenhum. A severidade dos efeitos colaterais varia de pessoa a pessoa. Sofrer ou não um efeito colateral, em particular, pode depender da sua dosagem e horário da injeção e de como seu corpo reage. Fale com seu médico sobre quais efeitos colaterais mais prováveis, quanto tempo poderiam durar, qual a gravidade que poderiam ter e quando você deveria buscar atenção médica.

O que posso fazer contra náuseas?

Náusea e vômito podem ser controlados ou pelo menos diminuídos. Se você experimentar este efeito colateral, seu

médico pode receitar medicamentos que ajudam a combatê-lo. Os conselhos mais populares para combater a sensação de náusea são mastigar gengibre confeitado, ou colocar uma pequena gota de óleo de menta no fim de sua língua, comer pequenas quantidades de comida, de forma freqüente, em vez de poucas e grandes refeições, bolachas secas e chá fraco, e também sorvetes. Você também pode tentar as dicas abaixo durante o seu tratamento:

- ▶ Evite comer muito, assim seu estômago não ficará cheio demais.
- ▶ Coma pequenas quantidades ao longo do dia.
- ▶ Beba líquidos pelo menos uma hora antes ou depois de comer, em vez de durante a comida.
- ▶ Coma e beba lentamente.
- ▶ Fique longe de doces, comidas fritas, ou gordurosas.
- ▶ Coma comidas frias ou à temperatura ambiente, assim você não sentirá cheiros fortes.
- ▶ Mastigue bem sua comida para uma digestão mais fácil.
- ▶ Se a náusea for um problema pela manhã, tente comer comidas secas como cereal, torrada, ou bolachas, ao se levantar.
- ▶ Chupe cubos de gelo, pastilhas de hortelã, ou doces azedos.
- ▶ Tente evitar odores que o aborreçam, fumaça, ou perfume.
- ▶ Prepare e refrigere com antecedência comidas para quando você não tiver vontade de cozinhar.
- ▶ Descanse em uma cadeira depois de comer.
- ▶ Use roupas folgadas.

- ▶ Respire profunda e lentamente quando você sentir náuseas.
- ▶ Distraia-se conversando com amigos ou sua família, escutando música, ou assistindo a um filme ou televisão.
- ▶ Chupe picolés.
- ▶ Chá de menta faz maravilhas para a náusea, como também uma pequena (muito pequena) gota de óleo essencial de menta na sua língua.
- ▶ Muitas pessoas acham que o melhor é ficar mastigando gengibre confeitado.

E se eu perder o cabelo ?

Algumas pessoas experimentam perda de cabelo como um efeito colateral do Interferon, mas isso não acontece em todos os casos. A intensidade da queda de cabelos pode variar de pessoa para pessoa, mas nunca vi alguém ficar totalmente careca.

O cabelo cresce depois que os tratamentos terminam. Quando seu cabelo começar a crescer novamente, pode ficar mais grosso, mais ondulado, ou mais macio do que antes da sua terapia com Interferon. Perda de cabelo pode acontecer em todas as partes do corpo, não só na cabeça. Cabelo facial, do braço, da perna, e pêlos púbicos podem ser afetados. A perda do cabelo normalmente não acontece imediatamente; mais frequentemente começa depois de algumas semanas de tratamento.

Como cuidar do seu cabelo

- ▶ Use xampus moderados ou suaves.
- ▶ Use escovas de cabelo macias.
- ▶ Use pouco calor ao secar seu cabelo.
- ▶ Não use rolos para fixar seu cabelo.
- ▶ Não tinja seu cabelo e não faça permanente.

- ▶ Faça um corte curto. Um estilo mais curto fará seu cabelo parecer mais grosso e mais cheio, tornando a perda de cabelo mais fácil de administrar.

E se sentir fadiga durante o tratamento ?

Fadiga é um sintoma comum na hepatite C, e pode ficar pior enquanto você estiver se tratando com Interferon. Aqui vão alguns conselhos para você se sentir melhor:

- ▶ Durma mais à noite e, se puder, tire cochilos durante o dia, de preferência após o almoço.
- ▶ Limite suas atividades: faça apenas as coisas que são de fato importantes para você.
- ▶ Delegue tarefas. Não tenha nenhum medo de pedir ajuda quando precisar. Peça para a sua família e para amigos que ajudem em coisas como cuidar de crianças, compras, serviço doméstico, ou condução.
- ▶ Coma bem, incluindo muitos alimentos saudáveis.
- ▶ Quando estiver sentado ou deitado, levante-se lentamente. Isso ajudará a evitar vertigens.
- ▶ Não fique em pé quando você puder se sentar.
- ▶ Planeje suas atividades.
- ▶ Replaneje tarefas diárias, assim algumas só serão feitas três ou quatro vezes por semana e você terá tempo para descansar a cada dia.
- ▶ Use um carrinho ou cesta para levar coisas de uma parte da casa para outra.
- ▶ Sente-se em um banquinho no banheiro enquanto estiver fazendo a barba ou aplicando maquiagem.

- Use água morna, e não água quente, ao tomar o seu banho.

Sensação de boca seca

A saliva faz parte da saúde da boca. O papel da saliva inclui limpeza, lubrificação, proteção química, anticorpos e células de defesa pertencentes ao sistema imune. Sua diminuição pode conduzir à destruição excessiva da dentição (formação e posicionamento dos dentes de uma pessoa), e ter impacto severo na qualidade de vida.

A incidência da sensação de boca seca (xerostomia) pode acontecer em pessoas com hepatite C, principalmente durante o tratamento, em maior incidência durante a noite. Os maiores incômodos do paciente são tecidos orais doloridos, particularmente a língua, gengivas e bochechas; saliva espumosa e pegajosa, dificuldade de falar, comer e tragar; halitose; perdas de dentes e sensibilidade nos dentes

Se a boca seca o aborrece, tente as dicas abaixo

- 1) Beba bastante líquido, durante todo o dia, a intervalos curtos e regulares.
- 2) Chupe gelo, picolés, ou balas ou mastigue chicletes, de preferência sem açúcar.
- 3) Umedeça as comidas secas com manteiga, margarina, molhos, ou caldo. Reduza a quantidade de ingestão de carboidratos simples e complexos.
- 4) Use batom de manteiga de cacau se seus lábios ficarem secos.
- 5) Se possível, vá a seu dentista antes de iniciar o tratamento com o Interferon para limpar os seus dentes removendo a placa bacteriana, em muitos casos responsável pela boca seca, e fazer os demais serviços de que precisar.

6) Escove seus dentes depois de comer. Use uma escova de dentes macia, de toque suave; escovas muito duras podem danificar gengivas sensíveis.

7) Se suas gengivas forem muito sensíveis para até mesmo uma escova de dentes macia, use um cotonete de algodão ou gaze. Use uma pasta de dentes sem abrasivo.

8) Enxágüe bem sua escova de dentes depois de cada uso e armazene-a em um lugar seco. Há produtos (líquido para limpeza bucal e pasta de dentes) formulados para o problema de uma boca seca e de gengivas como resultado de uso de medicamentos. Muitos portadores informaram grande alívio usando tais produtos. A aplicação de fluoreto em casa ou um enxágüe ou gel, assim como passar a usar uma pasta de dentes para boca seca (difícil de achar em muitos países), do tipo não-espumante, são procedimentos que aumentarão o conforto oral;

9) Em casos severos, o médico poderá receitar a administração oral de solução de pilocarpine.

10) Experimente comer tamarindo, fruta que promove a salivação.

Idealmente, todos os pacientes com risco de boca seca deveriam fazer um exame odontológico completo e se preocuparem em assegurar a sua própria diagnose e administração. Porém, muitas destas estratégias de administração iniciais poderiam ser implementadas por seu médico, ajudando a limitar o dano na dentição e seus efeitos subseqüentes em qualidade de vida.

Infecções oportunistas

O Interferon pode diminuir a quantidade de seus glóbulos brancos (as células que lutam contra infecções). Seu médico conferirá freqüentemente sua contagem, enquanto você estiver tomando Interferon, e, se ela cair muito, poderá interromper ou diminuir a dosagem por algum tempo, para dar a seu corpo uma chance de reconstrução de suas defesas.

Quando sua contagem é mais baixa do que o normal, é muito importante tentar evitar infecções tomando as precauções abaixo:

- ▶ Lave freqüentemente suas mãos durante o dia. Esteja seguro de lavá-las bem antes e depois de usar o banheiro.
- ▶ Limpe sua área retal de forma suave, mas completamente, depois de cada evacuação, de preferência usando o bidê. Pergunte ao seu médico o que fazer se a área estiver irritada ou se você tem hemorróidas.
- ▶ Fique longe de pessoas que têm doenças que você possa pegar, como um resfriado, gripe, sarampo, ou catapora. E tente evitar multidões.
- ▶ Não corte ou rasgue as cutículas de suas unhas.
- ▶ Tenha cuidado para não se cortar ao usar tesouras, agulhas, ou facas.
- ▶ Use um barbeador elétrico em vez de uma navalha para prevenir cortes em sua pele.
- ▶ Use uma escova de dentes macia, que não ferirá suas gengivas.
- ▶ Não esprema abscessos de pele.
- ▶ Use água morna no banho.
- ▶ Bata levemente a toalha sobre sua pele ao secar o corpo, usando um toque suave. Não esfregue.
- ▶ Use loção ou cremes neutros, se a sua pele ficar seca e rachada.
- ▶ Limpe imediatamente com água morna qualquer corte acidental, e aplique um anti-séptico.

- ▶ Use luvas protetoras quando trabalhar no jardim ou quando limpar seus animais de estimação.
- ▶ Use luvas de borracha ao lavar roupa ou ao lavar pratos e talheres na pia da cozinha.
- ▶ Não aplique nenhum tipo de vacina sem consultar primeiro seu médico.

Até mesmo se você tomar todos os cuidados, ainda pode adquirir uma infecção. Esteja alerta para os sinais e confira seu corpo regularmente, prestando atenção especial aos olhos, nariz, boca, e áreas genitais e retais.

Os sintomas de infecção podem incluir

- ▶ Febre superior a 37 graus.
- ▶ Sensação de frio no corpo.
- ▶ Suor excessivo.
- ▶ Intestinos soltos.
- ▶ Uma sensação ardente quando você urina.
- ▶ Uma tosse severa ou garganta dolorida.
- ▶ Corrimento vaginal incomum ou coceira.
- ▶ Vermelhidão ou inchaço ao redor de uma ferida.

Informe imediatamente a seu médico qualquer sinal de infecção.

Importância da água

É extremamente importante beber toda a água que você puder, enquanto estiver tomando Interferon. Isto não só diminui a severidade dos efeitos colaterais, mas também elimina o perigo de infecções nos rins. Leite, refrigerantes, café ou chá não contam, somente a água é importante.

Acostume-se a levar consigo uma garrafa de água. Se você tiver problemas de acúmulo de líquidos em qualquer parte do corpo, fale com o seu médico, pois ele poderá receitar um diurético adequado.

Pacientes alcoólicos e o tratamento com Interferon

Durante o tratamento, não beba absolutamente nada que contenha álcool, pois você poderá colocar a perder o seu esforço. Um estudo no qual foi avaliado o efeito do tratamento monoterápico com Interferon em um grupo de pacientes, divididos em função do consumo de álcool, teve os seguintes resultados: 36% de respostas positivas em pacientes abstêmios, 33% de respostas positivas em pacientes bebendo um copo de vinho ou cerveja por dia, 26% de respostas positivas em pacientes alcoólicos que pararam de beber seis meses antes do tratamento, e 6% de respostas positivas em pacientes alcoolizados durante o tratamento.

Como armazenar o Interferon ?

De acordo com indicações dos fabricantes, o Interferon é estável, se não for diluído, durante sete dias à temperatura normal, e por 30 meses na geladeira. Não o coloque no congelador ou freezer. A porta da geladeira não é um local adequado pois sofre muitas variações de temperatura; procure a parte interna da geladeira. O Interferon reconstituído é estável durante um mês na geladeira e nunca poderá ficar na temperatura ambiente.

Viajando com o Interferon

Ao voar com Interferon, o medicamento não será afetado ao passar pela máquina de verificação de bagagens do aeroporto. Se você estiver preocupado com isso, sempre pode levar o

Interferon em sua bolsa de mão, passando pelo detector de metal. Para manter o Interferon frio, você pode conservá-lo em uma garrafa térmica, ou em uma bolsa térmica macia ou de isopor, embrulhando-o em jornal de forma a evitar contato direto com o gelo. Sempre leve consigo a receita médica indicando o tratamento, pois alguns agentes poderão duvidar do uso dos medicamentos.

A que horas aplicar o Interferon ?

Recomenda-se aplicar as injeções à noite, de forma que você possa dormir durante o pior momento dos efeitos colaterais. Uma idéia que pode dar resultados melhores é verificar quanto tempo depois da aplicação ocorrem os piores efeitos colaterais, e então aplicar horas antes, de modo que aconteçam quando você estiver dormindo. Para algumas pessoas, isto pode significar que as aplicações sejam feitas até mesmo pela manhã.

Como preparar a injeção de Interferon para aplicação?

Procure em sua casa um espaço próximo da pia e use a bancada para colocar sua bandeja.

Modo de aplicação:

Retire o Interferon da geladeira com 15 minutos de antecedência, para chegar à temperatura ambiente.

Lave as mãos cuidadosamente.

Coloque um pedaço de papel-toalha limpo sobre uma bandeja limpa e esta sobre a superfície de trabalho, colocando todos os outros itens a serem usados na bandeja da seguinte forma:

- 1) abra a embalagem da seringa e deixe-a cair sobre a bandeja;
- 2) retire o seu frasco de Interferon, juntamente com alguns chumaços de algodão;

- 3) coloque a agulha na seringa, enroscando-a suavemente, de modo a deixá-la bem encaixada;
- 4) retire a tampa do frasco de Interferon (esta operação é realizada facilmente com seu polegar) e passe um algodão embebido em álcool na borracha a fim de esterilizá-la;
- 5) quebre a ampola que contém o líquido diluente e faça a seringa aspirar todo o seu conteúdo;
- 6) introduza o líquido diluente contido na seringa através da tampa de borracha do frasco-ampola que contém o pó branco Interferon;
- 7) agite o frasco-ampola suavemente por meio de movimentos circulares a fim de dissolver o Interferon. Se aparecerem bolhas de ar, deixe a solução em repouso até que sumam;
- 8) utilizando a mesma seringa, retire a quantidade exata de Interferon de que você necessita. Algumas pessoas podem precisar de um pouco menos. Portanto, consulte seu médico para certificar-se da quantidade que você vai precisar na seringa;
- 9) verifique se colocou a quantidade certa de Interferon na seringa.

Observações:

Tanto os interferons convencionais como o Interferon Peguilado da Schering-Plough, o Peg-Intron, são fornecidos na forma de pó, acompanhado de uma ampola de diluente, sendo necessário seguir os passos acima na preparação do produto antes da aplicação. No caso do Peg-Intron, só deve ser aplicada a quantidade prescrita pelo médico, em função do peso do paciente, evitando superdosagens.

O Interferon Peguilado da Roche, o Pegasys, é fornecido já diluído, evitando a necessidade de preparação do produto, facilitando a aplicação pelo próprio paciente. Este medicamento é de dosagem única, independente do peso do paciente.

Como aplicar a injeção de Interferon?

1. Sente-se confortavelmente e limpe a área na qual será aplicada a injeção, utilizando chumaços de algodão embebido em

álcool. Você deve usar a região superior e mais externa da coxa ou seu abdômen.

2. Segure a seringa como se fosse uma caneta. É aconselhável usar uma agulha fina, das utilizadas para aplicar insulina, própria para injeção subcutânea. Use sua outra mão para pinçar um prego de pele (cerca de 2 cm) na parte superior externa da coxa ou abdômen.

3. Com a seringa posicionada a cerca de 45°, introduza delicadamente a agulha nos locais previamente indicados, até que ela atinja a parte de plástico. Empurre o êmbolo para baixo para injetar o Interferon.

4. Após a aplicação, retire a seringa e a agulha e jogue o material usado na Caixa Coletora de Material Perfurocortante (ou similar) para evitar algum acidente com alguém que recolha o lixo.

5. Pressione delicadamente a área da injeção com um chumaço de algodão limpo. Não se preocupe se verificar um pequeno vazamento. O local não deve sangrar muito. Se houver sangramento, fique pressionando mais um pouco.

Capítulo 6

Sintomas e enfermidades relacionadas com a hepatite C

A seguir, por ordem alfabética (não indica maior ou menor prevalência), está uma lista com os sintomas mais comuns relatados pelos portadores da hepatite C, as principais enfermidades que podem estar relacionadas com a hepatite C e, também, aquelas que podem ter alguma relação, não estando, porém, ainda comprovadas.

Alguns dos sintomas mais freqüentemente relatados pelos portadores de hepatite C:

Confusão mental/atordimento
Depressão, mudanças no humor
Diarréia
Disfunção cognoscitiva
Dor abdominal
Dor muscular e nas articulações
Dor no fígado, no quadrante direito superior do abdômen
Enxaqueca
Fadiga, podendo ser leve ou aguda
Falta de concentração
Indigestão
Inflamação abdominal
Perda de apetite
Síndrome do intestino irritável
Sintomas similares aos de uma gripe de longa duração
Suor noturno, principalmente na nuca, junto ao pescoço
Tonteiras e problemas de visão periférica
Vontade de urinar freqüentemente

As enfermidades que podem estar relacionadas com a hepatite C:

Aranhas vasculares na pele
Artrite e poliartrite
Artrite reumatóide
Ascite
Câncer de fígado, carcinoma hepatocelular
Cardiomiopatia hipertrópica
Cirrose
Coceira
Complicações dermatológicas
Crioglobulinemia
Cutânea Tarda
Depressão
Diabetes tipo II
Encefalopatia
Enfermidade de Raynaud
Enfermidade hepática
Enfermidade tireóidea auto-imune
Esclerodermia Glomerulonefritis
Fibroses
Hepatite auto-imune
Hipertensão portal
Icterícia
Indigestão
Infiltrado hepático
Inflamação hepática
Insuficiência hepática
Lichen Planus
Linfoma e linfoma não-Hodgkins
Necrose
Processos alérgicos
Síndrome de Sjogrens
Spider Nevi
Trombocitopenia
Tromboses
Tumores no fígado
Varizes sangrando
Vasculitis disfunção cognitiva

As enfermidades possivelmente relacionadas com a hepatite C

Anemia aplástica
Enfermidade de Crohns
Hiperatividade autônoma
Intolerância ao álcool
Linfoma e linfoma não-Hodgkins
Lupus eritematoso sistêmico
Porfíria cutânea tardia
Psoríases
Púrpura
Síndrome de Sjogrens
Síndrome do intestino irritável
Spider Nevi
Trombose
Varizes sangrando
Vasculitis disfunção cognitiva

Crioglobulinemia

A crioglobulinemia é uma proteína anormal que aparece no sangue. Esta proteína tem uma propriedade curiosa no laboratório: deposita-se quando o soro do sangue é esfriado e volta a se dissolver quando o soro retorna à temperatura normal.

Acredita-se que o vírus da hepatite C infecciona os linfócitos (glóbulos brancos do sangue), e que isto possa causar a crioglobulinemia. A doença pode se apresentar sozinha ou acompanhar outras, como o linfoma ou o mieloma múltiplo.

Quando a doença se apresenta sozinha, pode causar uma variação anormal na densidade do sangue, inflamando os vasos sanguíneos (vasculite). Quando a vasculite atinge as artérias, pode produzir deficiência de irrigação em alguns órgãos do corpo, como a pele ou os rins, entre outros.

Quando a crioglobulinemia é associada a uma outra doença, como na maioria dos casos de quem tem hepatite C, forma que nos interessa diretamente, caracteriza-se por dores

nas juntas e articulações, muito confundida com os sintomas da artrite □ e em muitos casos tratada erradamente como se fosse uma artrite. Podem acontecer, também, um aumento do tamanho do baço, o aparecimento de manchas na pele devido a vasculites ou problemas nos rins, o que, por sua vez, pode produzir dores no abdômen, problemas no coração ou sangramento nos pulmões, assim como a perda do apetite.

Porém, vamos parar de assustar, pois ainda não há estudos suficientes para se fazer um prognóstico a longo prazo. A única estimativa disponível é que 10% dos pacientes podem ter problemas nos rins, levando-os a fazer hemodiálises.

O tratamento da crioglobulinemia, quando associada a alguma outra doença, no caso a hepatite C, é tratada com medicamentos que reduzem a inflamação e suprimem o sistema imunológico. Os medicamentos incluem antiinflamatórios à base de ibuprofeno, preparados de cortisona e outros medicamentos, que devem ser criteriosamente avaliados pelo médico que trata da sua hepatite C, pois o medicamento errado pode acarretar problemas maiores. Nos casos mais graves, é realizado um tratamento em que o soro do sangue é substituído por água salgada.

Para reduzir os sintomas, que aumentam no inverno, mantenha seu corpo bem abrigado e aquecido. A hidroginástica ou a natação numa piscina ajudam a diminuir de forma considerável os incômodos causados pela doença.

Portador de hepatite C conjuntamente com outras hepatites: O que pode acontecer ?

Alguns pacientes com hepatite C, que tenham contraído também outras hepatites, como a dos tipos A, B e especialmente a D, experimentaram a hepatite fulminante aguda, que consiste na necrose massiva ou destruição do tecido hepático. Neste caso, a incapacidade do fígado ocasiona transtornos no equilíbrio químico do organismo e a acumulação de toxina pode resultar em

danos cerebrais, o colapso do sistema circulatório, a coma e a morte.

Existem vacinas para prevenir as hepatite A, B e indiretamente a D. A vacina para hepatite B é aplicada gratuitamente em qualquer posto de saúde. A vacina para hepatite A é encontrada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), onde é aplicada gratuitamente para portadores de doenças crônicas. Solicite a seu médico a indicação para se dirigir a um dos centros de aplicação.

Vacinas para as hepatites A e B

Sempre existiram dificuldades para a obtenção da vacina para prevenir a hepatite A, já que ela não é distribuída gratuitamente nos postos de saúde, como acontece com a vacina da hepatite B.

Porém, os portadores de hepatite C, ou doentes crônicos de enfermidades hepáticas, que não possuem imunidades contra estes vírus, têm o direito a receber estas duas vacinas objetivando prevenir futuros problemas. O governo disponibiliza a vacina para a hepatite A nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

O médico deve emitir receita indicando a condição de portador do paciente e encaminhá-lo a qualquer posto de saúde para aplicar as três doses da vacina contra a hepatite B. Esta vacina se encontra disponível permanentemente nos postos, sendo aplicada em qualquer pessoa menor de 19 anos ou em portadores de doenças crônicas de qualquer idade, mediante o pedido do médico.

A vacina da hepatite A não se encontra nos postos. O portador deve ser encaminhado, com receita especificando sua condição, a um dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), onde receberá a vacina para prevenir a hepatite A.

Os CRIE atendem, de forma personalizada, o público que necessita de produtos especiais, de alta tecnologia e de altíssimo custo, que são adquiridos pela FUNASA. Porém, para fazer uso dessa medicação, é necessário que a pessoa apresente a indicação médica e um relatório clínico sobre seu caso.

ENDEREÇOS DOS CRIE

ACRE Maternidade Bárbara Heliodoro - Av. Getúlio Vargas 811, Centro (68) 224.1290

ALAGOAS Av. Siqueira Campos s/n Trapiche (82) 221.7771

AMAZONAS Instituto de Medicina Tropical - Av. Pedro Teixeira, nº 25, Bairro D. Pedro - Manaus - Cep: 69040-000
(92) 238.1146/238.1711/9981.9726

AMAPÁ Clínica de Pneumologia - Rua Jovino Dinoá s/n.
(96) 212.6149

BAHIA Hospital Couto Maia - Rua Rio São Francisco s/n., Monte Serrat - Salvador - Cep: 40425-100
(71) 312.469/312.0084/316.3084, ramal: 356

CEARÁ Hospital Infantil Albert Sabin - Rua Tertuliano Sales nº 544, Vila União - Fortaleza - Cep: 60410-790.
(85) 247.1726/247.1747/234.4673/9181.4672

BRASÍLIA Hospital Regional de Taguatinga, Área Especial N 24, Taguatinga Norte - Brasília (61) 563.2630

BRASÍLIA Hospital Regional da Asa Norte, Setor Médico Hospitalar Norte, Área Especial – Brasília (61) 325.4249/325.4362

BRASÍLIA Hospital Materno Infantil de Brasília, HMIB - Av. L 2 Sul, Q 608/609, Bloco A, Asa Sul - Brasília (61) 443.2322, Ramal: 307

GOIÁS Hospital Materno Infantil - Rua R 7 esquina com Avenida Perimetral, s/n Setor Coimbra - Cep: 74510-210(62) 291.4900

ESPÍRITO SANTO Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - Av. Alameda Meri Ubirajara s/n, Bairro Praia Do Canto – Vitória (27) 381.2394

MARANHÃO Hospital Universitário Materno Infantil - Rua Silva Jardim Centro, Marobão - Passo do Dumior. (98) 246.5567/219.1119

MATO GROSSO Centro Regional de Saúde - Rua Thogo da Silva Pereira, s/n - Cuiabá - Cep: 78020-500 (65) 623.4259/623.0891

MATO GROSSO DO SUL Centro de Especialidades Médicas - Travessa Guia Lopes, s/n, Campo Grande - Cep: 79002-334 (67) 383.3191/724.2187/783.1991/9982.1444

MINAS GERAIS Centro de Saúde Carlos Chagas - Centro Geral de Pediatria Alameda Ezequiel Dias, nº 345 - Belo Horizonte - Cep: 30130-110 (31) 222.4448/277.4431/277.4432

PARÁ Hospital Ofir de Loyola - Av. Magalhães Barata, nº 992 - Belém - Cep: 66063-240 (91) 219.1993/241.5089/224.5089, ramal: 219/9984.4982

PARAÍBA Hospital Infantil Arlindo Marques - Rua Alberto de Brito, s/n, Bairro Jaguaribe - João Pessoa - Cep: 58015-320 (83) 241.4505/241.4328

PERNAMBUCO Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC - Isolamento Infantil - Rua Arnobio Marques, 310 - Recife - Cep: 50100-130 (81) 3413.1300/9976.4567

PIAUI Hospital Infantil Lucídio Portela - Rua Gov. Raimundo Artur de Vasconcelos, nº 220 Sul Teresina - Cep: 6400-450 (86) 221.3435/225.2761/225.2010/981.6038

PARANÁ Centro de Referência de Imunobiológicos - Rua Barão do Rio Branco, nº 465 - Curitiba(41) 322.2299

PARANÁ Campus Universitário de Londrina, Ambulatório do Hospital das Clínicas - Londrina(43) 328.3533/371.5750

RIO DE JANEIRO Hospital Municipal Jesus, Rua Oito de Dezembro, nº 717, Vila Isabel - Rio de Janeiro – Cep: 20550-200 (21) 284.4133/569.4088/569.4087, ramais: 207, 214, 247

RIO DE JANEIRO Rua 10 de Maio nº 892, Centro, Itaperuna (24) 822.1634/822.2839/ 822.0192,

RIO GRANDE DO NORTE Hospital de Pediatria da UFRN - Av. Cordeiro de Farias, s/n, Bairro de Petrópolis - Natal (84) 215.4400

RONDÔNIA Hospital de Base - Avenida Jorge Texeira, Bairro Industrial - (69) 222.2171

RORAIMA Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nasareth - Bairro: São Francisco (95) 623.3300

RIO GRANDE DO SUL Hospital Sanatório Partenon - Rua Bento Gonçalves, nº 3722, Bairro Pastelon - Porto Alegre (51) 336.5200, ramais: 226, 208

SERGIPE Av. Tancredo Neves s/n, Anexo ao Hospital Dr. João Alves Filho (79) 259.3656

SÃO PAULO Centro de Imunizações do Hospital das Clínicas - FMUSP - Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, nº 355, Prédio dos Ambulatórios, Piso Térreo, Sala 8 - São Paulo - Cep: 05403-000 (11) 3069.6392/9128.0778

SÃO PAULO Hospital Das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Av. Bandeirantes 3900, Campos da USP - Cep: 14048-900. (16) 602.2841/602.2335

SÃO PAULO Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais UNIFESP - Rua Loefgreen, nº 1998, Vila Clementino - São Paulo - Cep: 04040-003 (11) 5084.5005

SÃO PAULO Centro de Imunobiológicos, UNICAMP, Hospital das Clínicas - Campus Universitário Zeferin Vaz , Bairro Barão Geraldo - Campinas - Cep: 13083-220 (19) 3788.7451

SANTA CATARINA Hospital Joana de Gusmão (até 14 anos) - Rua Rui Barbosa, s/n, Bairro Agronomia - Florianópolis

SANTA CATARINA Hospital Nereu Ramos (adultos) - Rua Rui
Barbosa, s/n, Bairro Agrônômico - Florianópolis (48) 228.5333

TOCANTINS Rua 02 Esquina C/ Rua 03 S/N , Setor Rodoviário
- Araguaina - Cep: 77818-020 (63) 414.1100, ramal: 237

Capítulo 7

Comidas e bebidas

Qual a melhor dieta durante o tratamento?

Uma boa nutrição proveniente de uma dieta balanceada pode ajudar a regenerar as células danificadas do fígado. Ainda não estão definidos quais fatores aceleram ou retardam a velocidade de recuperação do dano hepático, porém certamente a alimentação é um fator fundamental e a dieta certa é um processo importante nesta recuperação.

A dieta deve ser individual para cada caso, tentando sempre manter o seu estilo de vida. Consiste basicamente em uma alimentação balanceada, livre de álcool e de cigarros, baixa em gorduras e com carboidratos suficientes para prover as calorias necessárias ao organismo, sem exageros. Deve-se ter muita atenção com alimentos que aumentem a quantidade de ferro, pois pessoas com hepatite C não o processam totalmente, acumulando-o no fígado e prejudicando a ação do Interferon, seja o natural produzido, pelo organismo, ou o injetado. No entanto, não podemos ser radicais, eliminando totalmente o ferro da nossa alimentação, já que se trata de um elemento fundamental para o organismo.

Alimentos com alto teor de ferro, como o patê de fígado, cereais fortificados, feijão preto, espinafre e carnes vermelhas devem ser ingeridos com moderação. Evite cozinhar em panelas de ferro. Controle a ingestão de alimentos gordurosos para não provocar depósitos de gordura no fígado. Os depósitos de gordura forçam o desempenho e a atividade do fígado, que reage inflamando-se. Mantenha o peso ideal para a sua altura e faça um programa de exercícios rotineiro. A caminhada é uma excelente opção.

Diabéticos devem seguir a sua dieta de restrição de açúcares, observando que uma dieta baixa em colesterol pode alterar a glicemia. É essencial o paciente consultar sempre o seu médico antes de iniciar qualquer dieta ou um programa de exercícios. É importante o consumo mínimo de proteínas para manter o sistema muscular, porém sem exageros, principalmente, em pacientes com cirrose estabelecida, nos quais o excesso de proteína pode causar desorientação e confusão mental.

Pacientes com acúmulos de líquidos na barriga (a *ascite*, ou seja, a tradicional barriga-d'água), ou inchaço nas pernas, devem controlar o sal na comida. Cada grama de sal ingerido resulta na acumulação de 200 ml de líquido nestes pacientes. Substitua-o por condimentos ou suco de limão. Evite alimentos industrializados ou enlatados.

Qual é a relação entre a dieta e o tratamento

Está comprovado que uma dieta alimentar equilibrada pode ser um fator preponderante para diminuir os efeitos colaterais dos medicamentos, pois tudo o que comemos deve passar pelo fígado para ser metabolizado. Uma das recomendações para quem se encontra em tratamento da hepatite C é manter uma dieta alimentar saudável, ingerindo alimentos de baixa caloria e evitando totalmente o álcool e o cigarro.

Uma dieta alimentar com mais carboidratos pode ajudar, pois ofereceria as calorias necessárias e, ao mesmo tempo, manteria o peso. É normal que o tratamento possa fazer com que as pessoas percam o apetite. Portanto, seria conveniente fazer várias pequenas refeições ao longo do dia. Descanso adequado e exercícios podem fazer com que os pacientes de hepatite C sintam-se ainda melhor.

A importância de ter o peso ideal

Vários estudos apresentados nos últimos congressos mostram que pessoas magras ou que se encontram acima do seu peso normal apresentam uma resposta muito superior ao tratamento. O excesso de peso passou a ser um fator prognóstico negativo sobre o sucesso do tratamento. Então, para aqueles que se encontram com alguns quilos em excesso, é extremamente importante, antes de iniciar o tratamento, tentar alcançar o peso ideal.

Pessoas acima do peso, além de uma menor resposta ao tratamento têm maiores possibilidades de criar depósitos de gordura no fígado, chamados de esteatoses, e nestes casos a função hepática fica prejudicada, a inflamação aumenta, as transaminases são mais elevadas e, conseqüentemente, o avanço do dano hepático é acelerado.

Porém, um regime alimentar deve ser feito de forma lenta, com controle do médico ou de um nutricionista. A perda acelerada de peso fará com que a gordura perdida na massa muscular se deposite no fígado, acelerando o processo da esteatose. Cuidado!

O melhor dos regimes, inclusive o único tratamento para tratar da esteatose, é ingerir uma quantidade de calorias inferior à necessidade diária. Isto é, se o nosso organismo, devido a nossa atividade diária, consome 2.000 calorias, o ideal seria uma dieta que forneça 10% a menos, isto é, somente 1.800 calorias.

Como é mais fácil conseguir queimar calorias do que reduzir a alimentação, o ideal é realizar uma alimentação em menores quantidades de calorias junto a um programa rotineiro de exercícios físicos, que aumente a nossa atividade física.

Álcool

A ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento pode acabar com as chances de se conseguir eliminar o vírus. O álcool é uma toxina muito forte para o fígado e parece até mesmo

ser capaz de acelerar a replicação do vírus, inibindo o efeito do Interferon.

Mas não somente as pessoas que bebem muito correm o risco de perder o tratamento. As que bebem socialmente correm o mesmo risco. Evite completamente a ingestão de álcool.

Ferro

O fígado é um órgão muito importante na manutenção do metabolismo do ferro, uma vez que lhe cabe armazenar este metal no nosso organismo. Em média, a dieta diária contém cerca de 10 a 20 mg de ferro. Cerca de 10% desta quantidade é absorvido, o restante é mantido para as necessidades diárias do organismo que são de 1 a 2 mg/dia.

Há pacientes com hepatite C que apresentam um aumento na concentração de ferro, e o excesso desta substância pode ser muito perigoso para o fígado. Alguns estudos nos mostram que índices muito altos de ferro reduzem a capacidade de resposta dos pacientes de hepatite C ao Interferon. Portanto, os pacientes com hepatite C com índices de ferro muito altos, ou que estão com cirrose, devem evitar a ingestão de ferro na forma de suplementos alimentares e diminuir na sua dieta os alimentos que contém alto teor de ferro. Mas, não elimine totalmente o ferro da sua alimentação, pois ele é necessário ao seu organismo.

Selecione as comidas ricas em ferro e diminua a ingestão delas na sua dieta alimentar. Não cozinhe em panelas de ferro, não coma em excesso cereais ricos em ferro.

As proteínas

A ingestão da quantidade de proteína adequada é importante para manter a massa muscular e auxilia o sistema de recuperação. A ingestão de proteína deve estar de acordo com o peso da pessoa e com a sua condição médica. Em geral, para que a regeneração das células do fígado ocorra nos pacientes que não têm cirrose, recomenda-se a ingestão de 1.0 a 1.5 gramas de proteína por quilo da pessoa, por dia.

Um número pequeno, mas significativo, de pacientes com cirrose pode vir a contrair uma doença chamada encefalopatia. As pessoas com esta doença apresentam sinais de desorientação e confusão mental. As causas da encefalopatia não são totalmente conhecidas. Enquanto alguns especialistas não acreditam que exista uma ligação entre a dieta alimentar diária e a encefalopatia, outros acreditam que uma redução drástica da proteína animal e a adoção de uma dieta vegetariana possam melhorar o estado mental.

O sal na alimentação

Um estágio avançado da cirrose pode levar a um acúmulo anormal de fluidos no abdômen, que é chamado de ascite. Os pacientes com hepatite C que estejam com ascite devem manter uma dieta baixa em sal. Quanto menos sal ingerido, menor quantidade de fluido produzido. O sal ingerido deve ficar em 1.000 mg. por dia. Isto significa que, ao comprar os alimentos, você terá de ler todas as informações sobre eles. Por exemplo, 30 gramas de cereal em flocos têm 350 mg. de sódio; 30 gramas de queijo parmesão ralado têm 528 mg de sódio; uma xícara de sopa de frango tem 1,108 mg de sódio e uma colher de sopa de sal tem 2.325 mg de sódio.

Evite as comidas chamadas *fast foods* (comidas rápidas como hambúrgueres, sanduíches de lanchonetes, sanduíches naturais, etc) porque geralmente têm muito sal. Comidas que contêm carnes industrializadas, como as vendidas congeladas ou enlatadas, em geral têm grande quantidade de sal incorporada durante a preparação. Assim, a ingestão de alimentos preparados deve ser dramaticamente reduzida. Considere a possibilidade de uma dieta vegetariana.

A gordura nos alimentos e no organismo

As pessoas com excesso de peso freqüentemente têm anormalidades relacionadas ao fígado. Podem ter desde

depósitos de gordura no fígado - que são chamados de esteatoses - até inflamações destes depósitos - chamadas esteatohepatites. A esteatose (gordura no fígado) apressa a progressão de dano hepático nos portadores de hepatite C. Portanto, os pacientes com hepatite C devem manter seu peso ideal para evitar agravar o dano hepático. Para os que são obesos, é recomendada uma dieta baixa em gorduras, além de exercícios.

A esteatose, também chamada de fígado gorduroso, pode acontecer por vários motivos, sendo que o excesso de peso (obesidade) e o consumo de álcool são os mais importantes. A vida sedentária e a alimentação inadequada são dois dos maiores culpados pelo crescimento dos casos de obesidade.

Fígado gorduroso ou esteatose hepática não é uma doença, mas um achado patológico. Um termo mais apropriado é infiltração gordurosa do fígado. As causas nutricionais de gordura no fígado incluem, também, fome, desnutrição das proteínas e obesidade.

A gordura entra no fígado pela dieta e é armazenada no tecido gorduroso. Debaixo de condições normais, é metabolizada. Se a quantidade exceder ao que é requerido pelo corpo, é armazenada no tecido gorduroso. Se o tecido gorduroso é causado pela diabete, a insulina tratará do problema. Fígado gorduroso é resultado de uma nutrição pobre, e deveria ser tratado com uma dieta sensata de carboidratos, proteínas e gorduras, especificada pelo médico ou pelo nutricionista. Fígado gorduroso também pode ser causado por substâncias químicas ou combinações de medicamentos, e desordens endócrinas. Nestes casos, o tratamento deverá estar relacionado diretamente à causa.

A gordura depositada no fígado, facilmente detectável no exame de ultra-sonografia, prejudica o funcionamento do órgão e aumenta as transaminases. Este aumento das transaminases acelera a progressão do dano hepático, levando a uma mais rápida fibrose ou cirrose.

Então, é recomendável para todos os portadores tentar se manter dentro de seu peso ideal, eliminando os quilogramas a mais que eventualmente possam existir. Esta é uma forma simples de ajudar o nosso fígado.

A Silymarina (Cardo Mariano ou Milk Thistle, ou Legalon ou Silimalon) é indicado nos casos de esteatose, porém o melhor tratamento da esteatose é a dieta pobre em calorias junto com um programa de exercícios físicos. Não tome qualquer medicamento, ou complemento alimentar, ou ervas, sem consultar seu médico sobre a conveniência deste. O melhor é fechar a boca e chegar ao peso normal.

A esteatose não-alcoólica - NASH

Lembre-se deste nome, *NASH*, que significa a abreviatura, em inglês, de *Esteato Hepatite Não-Alcoólica*. Muito vai se falar desta nova doença que já está se propagando rapidamente na população. Ela não é transmissível, sendo adquirida por motivos ainda não muito bem compreendidos, que podem ser a alimentação inadequada, o sedentarismo ou, muito possivelmente, derivada da quantidade de agrotóxicos, conservantes, corantes e aditivos que ingerimos hoje em dia ao consumir, praticamente, qualquer alimento. É provável que nosso organismo não esteja preparado para metabolizar estes alimentos, novos na dieta, e que isto provoque os depósitos de gordura no fígado.

É muito freqüente serem encontrados indivíduos com depósitos de gordura no fígado, principalmente mulheres na fase da menopausa. Acontece também em mulheres obesas de meia-idade com diabetes e hipertrigliceridemia (excesso de gordura no sangue). Porém, esta doença também está acontecendo em indivíduos com peso normal, sem outras doenças associadas, podendo ainda afetar os homens, e já está sendo encontrada até em adolescentes.

A presença de gordura no fígado pode causar um aumento do órgão e resultar em piora da inflamação e elevações nos níveis das transaminases. Isto pode confundir a interpretação de resultados e a diagnose. Estudos controlados precisam ser feitos para determinar se a adição desta doença pode piorar ou alterar os diagnósticos em pacientes com hepatite C.

Aconselha-se a pacientes com hepatite C que mantenham um peso normal. Para pessoas que estão acima do peso, é crucial começar uma rotina de exercícios prudente e uma dieta de baixo teor de gordura, bem equilibrada. Os pacientes diabéticos devem seguir a dieta sem açúcar. Uma dieta baixa em colesterol deve ser seguida pelos pacientes com hipertrigliceridemia.

Remédios não são comida, mas....

Como as comidas e bebidas, os remédios também passam pelo fígado para serem metabolizadas. Pessoas com hepatite C devem ter muito cuidado ao tomarem remédios, mesmo aqueles permitidos e vendidos sem receita médica. Leia atentamente a bula antes de tomar qualquer medicamento e pergunte ao seu médico se você pode ingerir o remédio sem problemas.

Lembre que você, em tratamento, já está tomando muitos medicamentos. Assim, outros poderão não somente interferir nos que você já está tomando, como também criar uma situação de supermedicação. Não se automedique. Consulte sempre seu médico antes de tomar qualquer medicamento.

O que posso fazer em relação a minha nutrição ?

Dieta da linha invisível do organismo

Não há uma dieta específica que possa ser recomendada ou que possa garantir uma alteração no resultado de qualquer tratamento. Isto não quer dizer que modificar sua dieta não terá nenhum efeito.

Um nutricionista poderá ajudar a compor uma dieta indicada para seu organismo, porém, é o seu próprio corpo que pode indicar que alimentos são mais bem aceitos e metabolizados. Escute as respostas e os alertas que o corpo lhe

envia e você conseguirá organizar sua dieta personalizada, individual, exclusiva para seu organismo, que eu acostumo chamar de *Dieta da linha invisível do organismo*.

É muito fácil □ observe a reação do corpo, os seus sinais, após cada refeição. Se você se sentir sonolento, com o corpo pesado ou com dor de cabeça, é um sinal de alerta emitido pelo seu corpo, informando que algum dos alimentos ingeridos na última refeição não é o indicado para seu metabolismo.

Então, será necessário identificar, entre todos os alimentos ingeridos na última refeição, qual deles não faz bem ao nosso organismo. Para isto, deveremos experimentar, um a um, separadamente, cada um dos alimentos, até encontrar aquele que vai desencadear aquela mesma reação em nosso organismo.

Bom, agora já estamos sabendo que este alimento não é bem aceito e sem dúvida o nosso corpo vai agradecer se o eliminarmos da dieta ou pelo menos diminuirmos a quantidade ou frequência com que o ingerimos.

Assim, após alguns meses, você mesmo terá conseguido realizar uma lista de alimentos inconvenientes para sua dieta, o que significa que o seu cardápio passará a ser o ideal para seu organismo. Mas, é bom seguir o sábio conselho de anotar num papel os alimentos que causam problemas, senão, na certa, você vai repetir muitas vezes o mesmo erro.

Ao final de vários meses, você vai sentir seu organismo mais leve, livre, com maior energia e disposição física, pois só estará ingerindo alimentos que seu corpo processa e aceita com facilidade. Isso vai gerar menos radicais livres e conseqüentemente menos inflamação em todos os órgãos, músculos e tecidos, propiciando um benefício fantástico.

A nutrição e o fígado estão relacionados de muitos modos. Tudo o que comemos, respiramos e absorvemos, inclusive por nossa pele, deve ser refinado e desintoxicado pelo fígado. Assim, uma nutrição e dieta especiais podem ajudar a manter o fígado saudável. Comidas amargas são úteis e estimulam o processo digestivo, além de ajudarem o fígado. Saladas que contêm folhas amargas como dente-de-leão, endívias ou chicória, comidas 10-15 minutos antes das refeições,

são receitas européias usadas há muito tempo para ajudar o fígado. Em Taiwan, uma dieta rica em legumes é recomendada para se ter um risco baixo de câncer em pessoas com hepatite C. Sucos vegetais minoram freqüentemente as inflamações. Os sucos de cenouras, pepino, aipo e salsa são usados tradicionalmente pela cultura popular em limpeza do fígado.

É recomendável beber de quatro a cinco litros de água por dia para diminuir os efeitos colaterais do Interferon e da Ribavirina.

A alimentação e o estado mental

Nosso estado mental é afetado pelos níveis de neurotransmissores em nosso cérebro. O consumo de certos alimentos afeta a produção de neurotransmissores. Por isso, todos os alimentos que nos causam sonolência e sensação de cansaço devem ter sua quantidade diminuída na dieta.

O triptófano, essencial na dieta e indispensável nas crianças, é um aminoácido que compete com outros aminoácidos para entrar no cérebro. Quando é consumido junto com hidratos de carbono (carboidratos), é liberada uma maior quantidade de insulina. Esta insulina diminui os níveis dos outros aminoácidos neutros, permitindo que o triptófano entre com maior facilidade no cérebro. Exemplos de alimentos com alto conteúdo de triptófano e grande quantidade de hidratos de carbono são o leite e o arroz, e por isso deve-se evitar comê-los juntos.

O desejo intenso por consumir carboidratos pode se dever a um estado de ansiedade e à necessidade de buscar calma ou tranquilidade. A canalização da frustração, irritabilidade ou depressão deve ser canalizada por meio de outros recursos, como a música, exercícios físicos, de preferência aeróbicos, e não mediante um ataque à geladeira.

Como uma doença no fígado afeta a nutrição

Muitas doenças crônicas são associadas à desnutrição. Uma das mais comuns é a cirrose. A cirrose acontece como resultado da ingestão excessiva de álcool, hepatites, obstrução dos tubos de biliar e exposição a certas drogas ou substâncias tóxicas. Pessoas com cirrose experimentam frequentemente perda de apetite, náusea, vômitos e perda de peso, o que produz um aspecto de abatimento. Adultos com cirrose devem fazer uma dieta balanceada, rica em proteína, provendo 2 000 a 3 000 calorias por dia para permitir a regeneração celular.

A nutrição e a depressão durante o tratamento

Durante o tratamento da hepatite C, são muitos os fatores que podem afetar o estado mental. Entre estes, podemos mencionar os efeitos colaterais do Interferon e da Ribavirina, a alimentação, o estado espiritual, os fatores psicológicos, as condições sociais e ambientais, e o estado nutricional do portador.

A depressão tem de ser tratada pelo médico que trata a hepatite C e se necessário conjuntamente com um psicólogo. Porém, há pequenas coisas que podem ajudar a diminuir ou combater a depressão, como uma alimentação correta que contemple a suplementação de nutrientes, dos quais, reconhecidamente, carecem as pessoas depressivas.

Deficiências de nutrientes como folato (ácido fólico), tiamina (vitamina B1), niacina (encontrada na vitamina B3), piridoxina (encontrada na vitamina B6) e cobalamina (vitamina B12) são associadas a sintomas como a irritabilidade, a confusão mental, falta de concentração, falta de vontade e depressão.

O consumo de alimentos que contém estas vitaminas previne suas deficiências e pode ajudar a reduzir a intensidade dos sintomas. Entre os alimentos que podem ajudar a manter níveis elevados destes nutrientes temos os que contém

▶ **TIAMINA** (vitamina B1), como a carne de porco, o gérmen de trigo, os peixes, as aves, como o frango e os ovos;

▶ **NIACINA** (encontrada na vitamina B3), como a carne vermelha, carnes brancas e peixe;

▶ **PIRIDOXINA** (encontrada na vitamina B6), como a carne vermelha, nas aves e nos peixes gordurosos como o salmão ou atum;

▶ **COBALAMINA** (vitamina B12), como as carnes vermelhas e nas brancas. O fígado destes animais é uma boa fonte;

▶ **FOLATO** (ácido fólico), encontrado no gérmen de trigo e na levedura de cerveja.

Podem parecer contraditório recomendar comer carnes vermelhas ou patê de fígado, porém, devemos lembrar que não podemos deixar de nos alimentar, e que deve sempre ser seguida uma alimentação balanceada. Pequenas porções de todos os alimentos são necessárias para suprir as necessidades de vitaminas e minerais do organismo. Não podemos ser radicais!

Existindo um metabolismo anormal do açúcar, podem ocorrer hipoglicemia e sintomas associados, como crises nervosas, desesperação, irritabilidade, tudo seguido de uma etapa de cansaço e sonolência. Ocorre ainda que, ao se metabolizar o açúcar refinado, são utilizadas as poucas reservas que restam ao paciente carente destas vitaminas.

A cafeína pode causar irritabilidade, ansiedade, insônia e fadiga.

Existem alguns alimentos que podem causar alergia ou maior sensibilidade em algumas pessoas. Estes efeitos de alergia e sensibilidade incluem sonolência, falta de concentração, insônia e alguns outros.

Conselhos de alimentação no tratamento da depressão durante o tratamento

- ▶ Não pule as refeições. Respeite os horários, mantendo uma rotina regular.
- ▶ Faça três refeições e dois ou três lanches durante o dia, a intervalos regulares.
- ▶ Beba muita água, em pequenas doses, durante todo o dia. O recomendado são cinco litros por dia. Acostume-se a carregar uma garrafa com você.
- ▶ Diminua ou elimine a cafeína, café, chocolate, bebidas com gás (refrigerantes) e o açúcar refinado.
- ▶ Elimine alimentos aos quais possa ter alergia ou acentuada sensibilidade. Alguns destes poderiam ser o tomate, o café ou o chocolate, porém a eliminação de qualquer alimento deve estar de acordo com a resposta individual com a reação de seu organismo.
- ▶ Combinar uma alimentação saudável e balanceada com atividades físicas, preferivelmente ao ar livre, como uma caminhada, andar de bicicleta ou a prática da natação ou hidroginástica, e mais uma leve ou moderada exposição ao sol dá bons resultados.
- ▶ Elimine definitivamente as bebidas alcoólicas.
- ▶ Se necessário, tome suplementos com vitaminas do complexo B, consultando antes seu médico.
- ▶ Devemos ter sempre presente que o que comemos afeta não somente nosso corpo, como também nosso estado emocional.
- ▶ Tente alimentar o corpo com alimentos saudáveis; a mente, com pensamentos positivos, e o espírito, com a confiança e o amor da energia divina, sempre confiando que os medicamentos necessários ao tratamento conseguirão o benefício da cura.

Nutrição e cirrose

Pessoas com cirrose experimentam freqüente perda de apetite, náusea, vômito e diminuição de peso. Adultos com cirrose necessitam de uma dieta balanceada rica em proteínas, provendo de 2 000 a 3 000 calorias por dia para permitir uma regeneração das células. Porém, muita proteína pode resultar num aumento de amônia no sangue; por outro lado, pouca proteína pode inibir a regeneração do fígado. Os médicos têm de prescrever a quantidade correta de proteínas, de forma muito criteriosa e individual para uma pessoa com cirrose. O médico pode usar dois medicamentos (lactulose e neomicim) para controlar os níveis de toxinas e amônia no sangue.

Pessoas com cirrose sofrem freqüentemente de acúmulo de fluido no abdômen (ascite) ou de uma inchação dos pés, pernas, ou parte das costas (edema). Ambas as condições são resultado da hipertensão portal (aumento da pressão nas veias que entram no fígado). O sódio (sal) estimula a retenção de água no corpo. Os pacientes com retenção de fluidos devem eliminar o sal. Em geral, aconselha-se a redução da proteína de carne, que é a mais tóxica ao cérebro, por proteína vegetal, em casos de cirrose.

Dieta para pacientes com ascite

Os pacientes com cirrose e sintomas de ascite (barriga d'água) devem suprimir o sal na comida. Para melhorar o sabor, utilize condimentos, de preferência os naturais, já que os preparados à venda no comércio podem conter sal como conservante. Utilize manteiga ou margarina sem sal. Coma legumes crus ou cozidos em água ou ao vapor, sem sal.

Alimentos proibidos:

- ▶ Queijos duros de qualquer tipo ou os de massa mole como o Camembert ou o Requeijão.

- ▶ Frios, salsichas, patê de fígado, carne seca e frutos do mar como crustáceos, moluscos, ovas de peixe etc.

- ▶ Massas recheadas, como raviólis, canelões ou lasanhas.
- ▶ Margarina ou manteiga com sal.
- ▶ Todos os tipos de pão ou biscoitos que contenham sal.
- ▶ Cereais matinais, chips, batatas fritas, purê de batatas em pó.
- ▶ Legumes em conserva, chucrute ou qualquer alimento preparado, vendido enlatado ou congelado.
- ▶ Amendoim, pistaches, amêndoas, salgadinhos etc.
- ▶ Água mineral com ou sem gás que contenha mais de 10 mg de sódio por litro.
- ▶ Condimentos como o sal, maionese industrializada, mostarda, azeitonas, molhos de tomate preparados ou extrato de tomate.
- ▶ Comprimidos efervescentes para digestão ou resfriados, bicarbonato de sódio e outros medicamentos que possam conter sal.

Dieta à base de proteína de soja

A restrição da quantidade de proteínas na dieta, geralmente, abaixa os níveis de aminoácidos, toxinas e amônia na circulação sanguínea e no cérebro. A maioria dos médicos aconselha os pacientes a comer, apenas, de 40 a 60 gramas de proteínas por dia, e prescreve lactulose ou neomicin para abaixar a produção de aminoácidos. Proteínas vegetais, como as encontradas em legumes e soja, também são recomendadas. Um suplemento dietético rico nestes aminoácidos é usado em muitos centros de tratamento.

O desafio dos nutricionistas é procurar novas alternativas para os pacientes com cirrose e hepatite C avançada, que não

podem ingerir proteína animal, devido a problemas que podem provocar a encefalopatia, criando confusão mental. Os nutricionistas buscam, então, substâncias que possam substituí-la. A soja é apontada como a mais recomendada, pois nutre o organismo, cumprindo as mesmas funções da proteína, sem prejudicar o fígado. Outro benefício da soja é a facilidade de combiná-la com vários alimentos.

Quando o fígado não consegue processar os aminoácidos aromáticos, a amônia a uréia e seus derivados, eles acabam circulando pelo corpo e irritando outros órgãos. Os pacientes com elevado dano hepático, quando as substâncias atingem o cérebro, apresentam confusão mental e podem até entrar em coma.

Algumas sugestões encontradas no manual preparado pelo setor de nutrição do Hospital das Clínicas de São Paulo podem ser tomadas como base de uma dieta livre de proteínas animais:

- ▶ Café da manhã: um copo de leite de soja, um pão com margarina sem sal, e meio mamão papaia. Total de proteínas vegetais: 10 gramas.
- ▶ Almoço: um pires de legumes cozidos, uma fatia de melancia, um pires de alface, uma porção de quibe de soja assado e duas colheres de arroz. Total de proteínas vegetais: 10 gramas.
- ▶ Lanche da tarde: um copo de leite de soja e duas porções de brownie. Total: 10 gramas.
- ▶ Jantar: duas colheres de arroz, uma colher de picadinho de soja, uma colher de abobrinha refogada, um pires de escarola com tomate e uma taça de salada de frutas. Total: 14 gramas.
- ▶ Antes de dormir: um copo de leite de soja, três torradas (sem sal) e margarina. Total: 6 gramas.

O total de proteínas vegetais recomendado para quem tem doença avançada no fígado é de 50 a 70 gramas por dia. As dietas rigorosas para casos de cirrose, por exemplo, só devem ser aplicadas quando o doente sofrer de confusão mental, como

desorientação e esquecimento, causadas pela intoxicação do organismo, ou para quem aguarda por um transplante de fígado.

Os cirróticos que apresentam retenção de fluidos (ascite) devem se guiar pela dieta anterior, específica para eles.

Ervas para emagrecer podem provocar problemas no fígado

O chá de ervas para emagrecer é considerado o método mais barato, mais natural e menos agressivo ao organismo. Dessas características, porém, apenas a primeira merece crédito. Um dos efeitos colaterais mais graves das ervas é a inflamação do fígado, podendo provocar hepatite tóxica.

Chás que contêm babosa, cáscara sagrada ou sene – amplamente consumidos por quem quer se livrar dos quilos extras por causa do efeito laxativo – podem produzir o que se chama de hepatite medicamentosa. Sene e cáscara sagrada têm compostos que agem no núcleo das células do fígado, podendo até provocar a morte destas células.

Algumas plantas, como confrei (digestivo proibido para uso interno no Brasil porque pode causar câncer de fígado), valeriana (espécie de calmante) e ephedra (que inibe o apetite), contêm alcalóides. Todas estas ervas são de difícil metabolização. Dependendo da concentração em que forem ingeridas, do tempo de uso e da sensibilidade do consumidor, tendem a ficar retidas no fígado e induzem a uma degeneração das células hepáticas.

Capítulo 8

Aspectos emocionais e comportamentais

Tratando a hepatite C

Saiba que agora você está diferente. Levará muito tempo para se ajustar a suas novas capacidades, se diminuídas, e o ajuste é difícil, em função das expectativas que você tem. Mas, com bastante frequência, os portadores têm êxito em encontrar um ponto de equilíbrio com o qual podem conviver. Para combater qualquer doença crônica, e concluir bem seu tratamento, uma atitude esperançosa e positiva é essencial.

Esteja preparado para uma possível falta de aceitação daqueles de quem você poderia esperar apoio. Pode ser um choque para todos, principalmente se você não puder ir jogar futebol regularmente com os amigos, ou se começar a depender de ser melhor acomodado em casa ou no trabalho. Há ainda aquelas pessoas que já ouviram falar que esta é aquela doença que vadios e marginais adquirem. Passar por tudo isso pode deixar o seu sistema emocional bastante afetado.

De certo modo, servindo como consolo, isto até que é bom, pois você vai descobrir quem realmente é o seu amigo, quem tem verdadeiro amor por você, já que estes sim terão compreensão pelo que você está passando e ficando de seu lado neste momento difícil, até mesmo ajudando-o a superar mais esta etapa. O positivo é que você saberá diferenciar quem é amigo e quem está perto só por interesse, então sua vida passará a ser muito mais feliz, rodeado só de amizades verdadeiras e sinceras, sem fingimentos ou hipocrisias.

Ache novas fontes de apoio. Será importante criar vínculos novos com a família e amigos. Procure ajuda em grupos de apoio, Internet, psicólogos, religião e outros meios que achar necessários.

Você precisará dar-se um tempo para criar uma imagem nova para você, até descobrir que suas limitações físicas não o limitam como pessoa, como alma, não importa o que as outras pessoas estejam dizendo.

Convivendo com o tratamento

Muitas pessoas somente aprendem a apreciar a saúde quando têm de defrontar-se com o fato, imprevisto, de que contrairam uma doença e que devem enfrentar um longo tratamento. Este estado novo na sua vida pode lhe trazer ansiedade e depressão, e fica difícil encontrar uma resposta para a pergunta: *Por que eu ?*

Algumas pessoas resolvem isso facilmente, e a Dra. Elisabeth Kubler-Ross identificou cinco fases de ajuste para se aceitar o fato de contrair uma doença crônica. Os sentimentos que experimentamos, em tal situação, são negação, raiva, depressão, negociação e aceitação. Todas estas etapas são naturais e acontecem de forma espontânea. Não existe nenhum tempo fixo para ultrapassá-las. Muitas vezes, fases diferentes se sobrepõem.

Perceba que você tem de experimentar o sofrimento que o tratamento pode ocasionar para poder resolvê-lo. Não tente esconder a lesão física e emocional. Experimente a dor e então deixe estar. Não tenha nenhum medo de expressar o que você sente. Aprenda a rir, tente ver algum humor em sua situação, e aprenda a desfrutar os prazeres simples de vida. Mantenha as linhas de comunicação abertas. Ajuda muito saber que alguém entende como você está se sentindo e pode ajudar a agüentar a carga. Não negligencie seu ego pessoal. Estando só, você pode ter uma perspectiva pessoal da qual julgamentos tranquilos, sábios, oportunidades para crescimento pessoal e um otimismo novo sobre a vida podem emergir. Não hesite em buscar conselhos para sua situação especial. Alguns problemas são grandes demais para você resolver por conta própria. Carregue a sua responsabilidade e perceba que você desempenha um papel importante em sua doença.

Conselhos de auto-ajuda durante o tratamento

▶ Não tenha medo, não será um vírus que de tão pequenino nem sequer pode ser visto no microscópio, que vai derrotar você.

▶ Pense positivamente, você vai superar a doença e conseguir a cura.

▶ Um bom médico, especialista em hepatite C, saberá identificar sinais de perigo que possam surgir durante o tratamento, prever antecipadamente os problemas e encontrar uma solução.

▶ Proteja seu fígado e cuide dele. Facilite as tarefas de seu fígado com uma alimentação adequada.

▶ Não beba álcool e evite o cigarro.

▶ Consulte seu médico antes de usar outros medicamentos, incluindo os de uso comum, de venda livre ou os chamados naturais.

Encontrando apoio

Na maioria das vezes, os familiares e amigos de um doente em tratamento desejam ser úteis e compreensivos, porém onde achar apoio apropriado?

Para conseguir informações sobre a doença, procure um grupo de apoio na sua cidade. Produz um profundo alívio encontrar outros que *falam o mesmo idioma*. David Spiegel, professor da Universidade de Medicina de Stanford, escreveu que as mulheres com câncer de mama avançado que participaram de grupos de apoio terapêutico viveram uma média de 18 meses a mais do que as que só receberam cuidados médicos. Os membros de um grupo de apoio estarão em níveis diferentes da

doença, e aqueles que estão melhorando ou já passaram pelos mesmos problemas servem como uma inspiração, como um caminho oferecido aos demais.

Na realidade, o Dr. Spiegel acredita que quando as pessoas doentes são ajudadas por outros doentes, sentem-se menos desamparadas em face à própria doença, e isso provoca uma reação mais efetiva no tratamento. Lembre-se, entretanto, que nem todos os grupos de apoio são iguais.

Os grupos ideais são aqueles que animam os participantes a encontrar o tratamento que eliminará a sua doença ou que lhe permitirá alcançar uma sobrevida repleta de satisfações. Muitas pessoas aprenderam lições importantes sobre como tocar a vida, e de fato viver muito bem, freqüentando os grupos dos Alcoólicos Anônimos, nos casos de alcoolismo, ou participando dos programas de crescimento espiritual patrocinados por instituições religiosas ou psicólogos.

Se não é possível você freqüentar um grupo de apoio, poderá encontrar ajuda suficiente na Internet. Na última década, o mundo ficou menor para aqueles que devem conviver com uma doença crônica. Sempre haverá um newsgroup, uma lista, um chat, ou um sítio consagrado à nossa doença. Você poderá trocar informações, apoio e também poderá encontrar um amigo para escutar seus problemas. É muito importante manter-se anônimo na Internet para não passar a receber, abusivamente e sem requerer, e-mails e anúncios de produtos, pois isso o fará desistir rapidamente. Desconfie quando alguém diz que o serviço é gratuito e que você somente necessita registrar-se. No fundo, há sempre algum interesse comercial, caso contrário a informação estaria disponível sem nenhuma pergunta ou solicitação de registro.

Tenha cuidado porque sempre existem pessoas desonestas, sem escrúpulos, as quais podem também dirigir um grupo ou uma associação, querendo conseguir vantagens de qualquer espécie, desde econômicas até de projeção política. Alguns podem usar de denominações pomposas, pois o papel aceita qualquer coisa. Se o grupo usa palavras como *Federação*, *Nacional*, *Fórum*, *Consenso* ou outras neste estilo ufanista, averigüe se realmente ele tem a representação alardeada.

A Internet pode ajudar, perguntando a grupos de outras cidades se o grupo da sua região é sério e representativo. Na Internet você vai encontrar muitas páginas, porém fuja daquelas em que o mais importante é direcioná-lo para uma conta bancária com o intuito de fazer doações ou pagar uma mensalidade. Não gaste dinheiro com isto, pois você vai passar por um tratamento muito caro, no qual poderá precisar de exames ou medicamentos que não se conseguem gratuitamente. Guarde seu rico dinheiro para eventualidades futuras.

Tenha muito cuidado, avaliando toda a informação encontrada de forma criteriosa. Informe ao consumidor aconselham que você desconfie de qualquer um que prometa uma longa lista de tratamentos, ou que fale sobre um novo paradigma ou de medicamentos miraculosos para tratar da doença, ou também de quem, com demasiada frequência, se queixa do tratamento médico.

Finalmente, nunca deixe a ajuda médica. Se algum grupo lhe indicar isso, afaste-se desse grupo. Seu médico pode recomendar endereços na Internet, ou um grupo de apoio, ou ainda um psicólogo para melhor satisfazer as suas necessidades.

Seu familiar está em tratamento ?

Então prepare-se para sofrer as conseqüências, pois é provável que o estado de ânimo dele, suas reações e até a forma de atuar e pensar possam se modificar durante o tratamento. Até poderíamos afirmar que os efeitos colaterais são sentidos com maior intensidade pela família, os parceiros, os amigos e os colegas de trabalho.

As reações podem ser diferentes de tudo aquilo que você já conhecia da parte dele. Geralmente, um dos efeitos colaterais é deixar o paciente irritadiço, sem paciência, com o *pavio curto*, uma pilha de nervos prestes a explodir por qualquer motivo, descarregando sua intolerância em quem estiver por perto.

Coloque-se no lugar dele e imagine que ele está passando pela frustração de não poder fazer tudo aquilo que fazia antes da doença, devido à falta de energia e à fadiga, pelo medo de ser portador de uma doença pouco conhecida, para a qual, no

momento, não existe a cura para todos os tratados e que tem uma evolução imprevisível. Some-se a isso a possibilidade de, algum dia, vir a realizar um transplante.

Tudo isso leva o portador a ficar irritado e de péssimo humor, e você será o alvo provável sobre quem ele descarregará seus sentimentos. Se você ama seu parceiro, não brigue com ele e compreenda a situação dele. Não pense que você está sendo injustiçado. Mais tarde, quando passar o golpe da descoberta, ele com certeza vai pedir perdão pelo comportamento que teve. Trate de estar junto a seu parceiro todo o tempo que puder, se possível fazendo tudo aquilo que sempre planejaram e nunca realizaram, e demonstre todo o seu amor e afeto neste momento tão difícil da vida de ambos.

Assim você vai preservar a amizade, o amor, o convívio, o emprego ou até o casamento. Tenha paciência, pois esta é uma fase passageira.

Como posso ajudar um amigo ou familiar que está em tratamento ?

Lembre sempre...

- 1) Você não pode curar seu amigo ou familiar, mas pode ajudar muito na recuperação dele.
- 2) Independente de seus esforços, os sintomas podem se tornar piores, ou podem melhorar.
- 3) Se você tiver muito ressentimento, estará atuando de forma errada.
- 4) Pode ser duro para você aceitar a doença; imagine então como é para o amigo ou familiar doente.
- 5) A aceitação da doença por todos do grupo pode ser útil, mas não necessário.

6) Você pode aprender algo sobre você mesmo por meio do convívio com um amigo ou familiar que esteja passando pela doença.

7) Separe a pessoa da doença. Ame a pessoa, até mesmo se você odeia o vírus.

8) Os efeitos colaterais do tratamento devem ser separados do estado de espírito da pessoa.

9) Não é bom para você ser negligente. Você tem necessidade dos outros e também pode precisar de atenção algum dia.

10) Suas chances de contrair hepatite C no contato casual ou sexual com um amigo ou familiar são extremamente baixas, tomando-se pequenas precauções para evitar contato com o sangue.

11) A doença de um amigo ou familiar não é nada vergonhosa. Realmente você poderá sofrer discriminação de pessoas apreensivas que desconhecem a doença. Explique a eles do que se trata.

12) Ninguém é culpado.

13) Não esqueça de seu senso de humor.

14) Pode ser necessário revisar suas expectativas de vida.

15) Reconheça a coragem notável que seu amigo ou familiar está demonstrando ao lidar com a doença e o tratamento.

16) A pior resposta à sobrevivência é freqüentemente a de fechar sua vida emocional. Resista a isso.

17) As relações familiares podem estar em desordem na confusão sobre a doença. Pode ser necessário renegociar as coisas de modo a reestruturar a sua relação, emocional e fisicamente.

18) Reconhecer que uma pessoa limitou as suas capacidades não deve significar que você não espera nada mais dele.

19) Depois de negação, tristeza e raiva, vem a aceitação

- 20) Doenças são uma parte do livro da vida. Saiba compreender.
- 21) É absurdo acreditar que você pode tratar uma doença física como hepatite com conversa, embora conselhos possam ser úteis e muitas vezes ajudem.
- 22) Os sintomas e o comportamento podem mudar com o passar do tempo.
- 23) A desordem pode ser periódica, com tempos de melhoria e deterioração, independente de suas esperanças ou ações.
- 24) Não assuma a total responsabilidade por seu amigo ou familiar doente.
- 25) As necessidades da pessoa doente não são sempre as primeiras a serem atendidas.
- 26) Uma doença crônica afeta a família inteira, não só a pessoa que de fato tem a doença.
- 27) É natural experimentar um caldeirão de emoções como aflição, culpa, medo, raiva, tristeza, confusão etc. Você, não o amigo ou familiar doente, é responsável por seus próprios sentimentos.
- 28) Você não está só. Compartilhar seus pensamentos e sentimentos com outros, freqüentando um grupo de apoio, será útil e benéfico para todos.

Depressão

Muitos que contraem uma doença ou se encontram em tratamento, principalmente aquelas ainda não totalmente conhecidas pela totalidade da comunidade médica, foram tratados inicialmente como sofrendo de histeria, depressão etc. Antes da identificação da hepatite C, em 1989, muitos dos sintomas foram associados à depressão, e muitos médicos ainda hoje acreditam que a hepatite C normalmente é assintomática e que tudo não passa de invenção do paciente.

Outra ocorrência importante são aqueles pacientes que podem adquirir depressão secundária se suas vidas foram alteradas, ou porque a doença interferiu com o trabalho ou com a vida social e familiar. Esta consequência indireta da doença pode ser erroneamente considerada por alguns profissionais médicos como indicação de uma causa em lugar de um efeito dos sintomas observados.

No tratamento da hepatite C os estudos mostram que, durante o tratamento, 65% não apresentam nenhum sintoma de depressão, 18% sofrem leves sintomas, 9% apresentam depressão moderada e 7% depressão severa.

Em relação a pensamentos suicidas, 9% dos pacientes declaram ter pensado nisto, porém sem intenção de realizar o ato; 2% informam que teriam gostado de se matar e 1% teria se matado se tivesse tido a oportunidade, sendo que 88% não pensaram absolutamente em suicídio.

Os médicos devem dar muitíssima atenção aos sinais de depressão, solicitando assistência psicológica para o paciente caso achem necessário. O tratamento com Interferon aumenta as chances de depressão em pacientes propensos a estados depressivos.

Ser positivo, o melhor medicamento

Uma equipe de pesquisadores exibiu a um grupo de pessoas uma fita de vídeo de 15 minutos sobre a madre Teresa de Calcutá trabalhando com pacientes leprosos. A um outro grupo foi mostrada uma fita sobre os horrores dos campos de concentração nazista durante a Segunda Guerra Mundial

Ao final da exibição, todos fizeram um exame para medir o nível de imunoglobulina A, um anticorpo que protege o organismo contra os vírus que atacam o sistema respiratório e que se encontram na mucosa intestinal e na saliva. Observou-se que, alguns participantes conseguiram manter altos os anticorpos por uma hora, e outros por até seis horas.

Os resultados nas pessoas que assistiram ao vídeo da madre Teresa mostraram também que o nível dos anticorpos, de modo geral, se elevou e se manteve alto por seis horas. No grupo que assistiu ao filme da guerra, a imunoglobulina A diminuiu, deixando todos mais propensos a contrair uma gripe ou resfriado.

Para averiguar o porquê destas diferenças, foi mostrado a todos uma fotografia de um casal olhando o horizonte. Alguns interpretaram se tratar de um casal de namorados e outros enxergaram um casal após uma briga. Os que pensaram de forma positiva, enxergando o amor do casal, foram aqueles que mantiveram o anticorpo alto por seis horas. Já aqueles que interpretaram a fotografia de modo negativo ou cínico pertenciam ao grupo que somente tinha conseguido manter o nível de anticorpos alto por 1 hora..

A conclusão dos pesquisadores é que a empatia e a compaixão que experimentaram as pessoas que assistiram a madre Teresa produziram sentimentos de bem-estar físico, e que a saúde pode ser beneficiada por uma atitude positiva frente ao mundo.

É muito importante manter uma atitude positiva, sem ansiedade ou temor, quando estamos contaminados por um vírus, já que a cada dia fica mais provado cientificamente que o sistema imunológico é controlado por nossas atitudes e pensamentos.

Tentar viver em harmonia, feliz, vivenciando atitudes alegres pode ajudar. Lembre que já está comprovado que o riso, ou uma simples gargalhada, poderá ser considerado um efetivo medicamento para elevar o nível de serotonina no organismo, para ativar o sistema imunológico; então, use e abuse da alegria. Deixe a tristeza de lado, entre assistir um filme de guerra ou a uma divertida comédia, prefira esta última que, com certeza, vai fazer muito melhor a sua alma e ao seu corpo.

O tratamento causa estresse ?

Qualquer tratamento demorado causa ansiedade e stress. Fale com seus familiares e amigos sobre o problema que está enfrentando. As pessoas não podem ler a sua mente. O apoio da família e dos amigos torna a luta mais fácil. Procure grupos de

apoio a portadores de hepatite. Em sua cidade, deve existir algum. Caso contrário, tente formar um grupo com outros portadores. Conversar com alguém que está passando pelo mesmo problema pode ajudar muito a ambos.

Procure, se necessário, apoio psicológico ou espiritual. Procure a sua igreja ou ingresse em uma. Está provado cientificamente que orar ou meditar é altamente relaxante e reconfortante, e que ativa as defesas do organismo. Procure qualquer tipo de religião, mas procure sempre aquela que dê paz e conforto espiritual para você. Leia livros de auto-ajuda para absorver atitudes e pensamento positivos.

Conhecendo o estresse

O sistema imunológico do corpo humano é um verdadeiro combatente - protegendo as pessoas contra doenças e impedindo que vírus e bactérias assumam o controle e arruinem nossa saúde. Mas um inimigo contra o qual o sistema imunológico nem sempre pode lutar de forma eficiente é o estresse.

Estudos mostraram que o sistema imunológico trabalha enfraquecido quando está sob o efeito do estresse, tornando o corpo mais vulnerável a resfriados, vírus e outras doenças, e ainda respondendo menos ao efeito dos medicamentos. O efeito pode ser ainda maior em pacientes cujos sistemas imunológicos já estejam comprometidos, como as pessoas infectadas com o HIV, o vírus da Aids, que são de alto risco. Outro estudo mostrou que situações graves de estresse ampliam em seis vezes a chance de sobreviventes de câncer de mama terem uma reincidência.

O que pensamos e sentimos e o tipo de ambiente a que estamos expostos influencia na nossa saúde e na reação do organismo frente a doenças e na resposta aos efeitos dos medicamentos. Especialmente em pessoas adultas, o estresse parece exercer um papel mais importante, mas, até para os mais jovens, há boas provas de que ocorrências de resfriados e gripes podem ser intensificadas por relativamente pequenas situações estressantes da vida.

Quando as pessoas estão estressadas, pequenas alterações na função imunológica podem realmente diminuir as possibilidades de cura. O estresse pode provocar a liberação do hormônio chamado ACTH pela glândula pituitária. Esse hormônio acaba por estimular a glândula supra-renal a liberar outro hormônio, chamado cortisona, que adere às células do sistema imunológico que estão lutando contra doenças, dificultando seu trabalho.

Mas o estresse pode ter várias origens diferentes. Ficar preso em trânsito engarrafado é de fato frustrante. Mas os psicólogos dizem que os motoristas sabem que, em algum momento, o engarrafamento vai acabar, o que ajuda o sistema imunológico, em certa medida, a se proteger do estresse. Sabendo que a situação é passageira, superável, que tem um fim previsto, de no máximo 48 semanas de tratamento, a situação estressante será infinitamente menor.

Os estresses de longo prazo, como os relacionados a processos de divórcio ou à lembrança de acontecimentos traumáticos, no entanto, podem debilitar muito a capacidade do corpo de enfrentar uma infecção. Manter esses pensamentos ou lembranças vivas na mente permite que o estresse debilite o sistema imunológico de uma pessoa. Até poucos anos, eram raros os cientistas que acreditavam que o estado mental poderia influir numa doença e na recuperação do paciente. A relação entre mente e corpo era considerada um território exclusivo da psiquiatria.

Atualmente, os pesquisadores demonstraram que o estresse psicológico aumenta a possibilidade de ficar doente, descobrindo que o nocivo não é o estresse em si, e sim a falta de capacidade para resolver os problemas associados que resultam da pressão pelas demandas exteriores e da complexidade para lidar com elas. Influem sobre esta capacidade diferentes situações, desde a herança genética, as experiências da infância, a dieta alimentar, o exercício físico, relacionamentos pessoais e até o modo como conseguimos dormir, a presença ou ausência de relações de amizade sinceras e íntimas, o nível social e financeiro, além do acúmulo situações estressantes que venham a sobrecarregar o indivíduo.

Se você tem se sentido estressado, tente relaxar e esquecer os problemas, faça uma caminhada, respire fundo e pausadamente, procure um amigo para uma conversa descontraída, vá ao *shopping* ou ao cinema, leia um livro ou uma revista. Porém, se sentir necessidade, não hesite em falar com o seu médico ou procurar ajuda especializada.

Notícias sobre hepatite C **Ansiedade e cuidados**

O portador de hepatite C é por natureza uma pessoa ansiosa em relação a notícias que dizem respeito à doença, devorando rapidamente qualquer tipo de informação e reagindo dos mais diversos modos, indo da euforia à depressão.

É necessário certo ceticismo diante de qualquer notícia sobre hepatite C. Trata-se de uma doença recentemente descoberta, interpretada erroneamente pela maioria da população, inclusive, pela maioria dos profissionais da saúde, e com a agravante de que muitos se candidatam ao posto de salvador da pátria, comunicando ao mundo a descoberta de novos tratamentos e medicamentos ou até a cura total de todos os infectados.

Desde que iniciei o site na Internet (www.hepato.com) (preste atenção: não coloque o **.br** no final) passei a fazer parte de uma rede mundial de troca de informações sobre hepatite C, da qual também participam agências de notícias, jornais especializados, universidades, grupos de estudos, grupos de apoio, congressos científicos e fuçadores de Internet.

A cada semana, recebo mais de 300 informações e notícias publicadas na Internet, revistas e jornais de todo o mundo, falando de novas pesquisas, medicamentos, tratamentos, depoimentos etc.. Para se ter uma idéia, uma pesquisa na Internet por meio dos principais sistema de buscas, pela frase exata "hepatitis C" (em inglês), revela mais de 200 mil páginas relacionadas ao assunto, sendo que www.hepato.com é recomendada entre as 20 ou 50 melhores do mundo.

As notícias são as mais díspares e não passa semana sem que alguém anuncie o descobrimento de um novo medicamento ou terapia infalível, ou casos de cura milagrosa, ou, ainda, curiosidades, como um frade espanhol que escreveu várias páginas afirmando que a hepatite C não existe, que é uma invenção dos americanos para vender medicamentos, que tudo não passa de um problema dos rins. Logicamente, o frade quer em seguida vender ervas milagrosas para tratar os rins.

Nas palestras apresentadas nas reuniões do Grupo Otimismo ministradas por médicos especialistas convidados, também são apresentados pontos de vista diferentes. Alguns acham a biópsia hepática indispensável antes de iniciar o tratamento e outros, não. Alguns exigem biópsia percutânea e outros, somente se feita por laparoscopia. O teste de carga viral PCR é utilizado como forma permanente de controle por alguns médicos e outros somente pedem o teste qualitativo ou só controlam as transaminases. Produtos hepatoprotetores ainda são rejeitados pela maioria dos médicos, porém um número cada vez mais significativo é recomendado como auxiliar no tratamento e no acompanhamento da doença.

Algo em torno de 200 milhões de pessoas no mundo estão contaminadas com a hepatite C. Aí está um campo muito fértil para charlatões e embusteiros em geral, abusando da ansiedade e, em certos casos, tentando ganhar dinheiro com o desespero destas pessoas. O tratamento atual é muito caro e quem descobrir novos medicamentos certamente vai ganhar dinheiro em abundância.

Por tudo isso, é necessário, em princípio, não acreditar em qualquer notícia ou na informação, a princípio, procurando se instruir por outros meios para checar a sua veracidade. A maioria das notícias cai no esquecimento em poucas semanas.

Milhares de pesquisas estão sendo realizadas no mundo, todas tentando descobrir o medicamento que cure a hepatite C. Isso é muito positivo, pois, com tudo o que está sendo feito, podemos afirmar que no máximo em três ou quatro anos estarão disponíveis medicamentos muito eficazes.

Por enquanto, somente o tratamento à base de Interferon, combinado com a Ribavirina, dá uma resposta sustentada comprovada cientificamente. De todos os outros tratamentos,

nenhum consegue comprovar a erradicação do vírus, sendo que em alguns a redução do nível das transaminases já é um benefício importante.

Na falta de resposta aos medicamentos e também na tentativa de recuperar as partes afetadas do fígado, hepatoprotetores podem ser tentados e dietas podem ser benéficas, porém sempre consultando um médico especialista e observando a reação da chamada linha invisível do seu organismo. O médico deve compreender o paciente que procura alguma coisa além do Interferon, não limitando o portador a uma única esperança. Humanisticamente é muito melhor tratar o doente como um todo e não somente da hepatite em si.

Em várias oportunidades, nas reuniões dos grupos de apoio, recebemos portadores desesperados, que não obtiveram sucesso no tratamento, e para os quais o médico falou que a “medicina nada mais pode fazer por eles”. Dizer isto a um paciente é criminoso, pois sempre existirá uma alternativa ou um médico com maiores conhecimentos científicos. Pode ser que para aquele médico, despreparado, sem maiores conhecimentos, não existam alternativas conhecidas, porém ele não pode condenar o paciente. Deveria ser suficientemente humilde para solicitar ao paciente que procure uma segunda opinião sobre o seu caso. Curiosamente, alguns que chegaram às reuniões nesta situação, desenganados, hoje, depois de encaminhados a outro médico, já conseguiram eliminar o vírus do organismo.

Procure um médico com o qual possa travar uma relação de empatia e confiança. Se o diálogo com o seu médico é difícil ou radical, o melhor é procurar outro profissional. Freqüente um grupo de apoio a portadores e troque experiências com outros doentes. Só assim você poderá observar e comparar o que cada um está fazendo para enfrentar a hepatite C.

Produtos e ervas hepatoprotetoras devem ser controladas e monitoradas, pois podem ser benéficas para uns e tóxicas para outros. Para evitar a acumulação no fígado, nunca tome um chá ou uma erva por um período superior a três meses.

O medicamento auxiliar mais barato continua sendo o pensamento positivo, o ser superior, que existe em qualquer religião. Está comprovado que a fé, a oração e o pensamento

positivo ajudam, e muito, em qualquer tratamento médico. Pratique-os e sentirá os resultados. Não espere milagres a curto prazo, porém em pouco tempo a mudança interior que você virá a experimentar trará excelentes resultados, não somente no controle da sua doença, como também, na sua vida em geral.

Hepatite e preconceito

Carlos Varaldo – Artigo publicado pelo Jornal do Brasil em
26/03/2002

A atriz Pâmela Anderson declarou haver contraído hepatite C ao compartilhar uma agulha de tatuagem com o marido. A declaração é corajosa, pois revelar que alguém está contaminado com o vírus da hepatite C poderia trazer-lhe sérias conseqüências profissionais. Também nos Estados Unidos, a cantora de musica *country* Naomi Judd não somente foi a primeira pessoa famosa a declarar estar contaminada como é uma das principais ativistas na luta contra a doença, que já atinge 4 milhões de norte-americanos.

Mas isso acontece nos Estados Unidos, onde o preconceito é menor e a informação é maior. A situação no Brasil, onde existe um número similar de contaminados, é bem diferente. Na minha luta contra a hepatite C tenho documentado depoimentos de pessoas que acabaram se divorciando, de outras que perderam amigos ou o emprego, de casos de médicos e dentistas que expulsaram o paciente. Isso evidentemente não é a regra geral, mas há pessoas que acham possível a transmissão de hepatite num simples aperto de mãos. O maior doente não é o contaminado, e sim aquele que sofre dos males da desinformação.

A hepatite C, geralmente, é uma doença sem sintomas. A maioria dos contaminados ainda nem sabe que está doente. Não fique apavorado, mas se alguma vez você recebeu uma transfusão de sangue, injetou-se ou aspirou drogas, sente cansaço permanente, usa tatuagens ou *piercings*, tem, na sua profissão, contato eventual com sangue (caso de enfermeiras,

laboratoristas, médicos e dentistas), é muito conveniente que faça um teste de detecção da hepatite C.

Ela se diferencia das conhecidas hepatites A e B principalmente quanto à forma de contágio. O simples contato com sangue contaminado não transmite a hepatite C. É necessária uma ferida aberta ou uma perfuração na pele, para que o contágio possa realizar-se. Sexualmente a contaminação é difícil de acontecer. É baixa a contaminação entre parceiros monogâmicos. A hepatite C não é transmitida por beijos, abraços, suor, espirros, tosse, comidas, água, contato casual, amamentação ou pelo ato de compartilhar copos, garfos, facas ou pratos.

É necessário tomar cuidados com aparelhos perfuro-cortantes que tenham contato com sangue, pois o vírus pode permanecer ativo por até três dias num aparelho ou instrumento contaminado. Entre os aparelhos mais comuns, temos os usados por manicuras e pedicuros. No barbeiro, exija o uso de navalha descartável.

O homem não transmite a hepatite C a seus filhos. A mãe contaminada tem 5% de chances de ter um filho contaminado. A mãe contaminada pode amamentar, pois o leite materno não transmite a hepatite C. Se o leite materno não a transmite, qualquer outro fluido corporal muito menos.

Os que usam drogas sabem que não se compartilham agulhas ou seringas, mas a contaminação com hepatite C pode se dar também ao se compartilhar o canudo para aspirar cocaína. Um número elevado de tatuados está contaminado. Deve-se evitar tatuagem. *Piercings* nunca devem ser trocados com amigos, e a operação de perfuração deve ser realizada por um profissional médico. No dentista, deve-se exigir o uso de luvas descartáveis e verificar se o sugador de saliva é novo. Pergunte se tudo foi esterilizado.

Não existe vacina para proteger da hepatite C. A melhor vacina está na informação, na prevenção e nos cuidados gerais. É perfeitamente possível conviver com um portador de hepatite C. A doença não é aquele bicho de sete cabeças que andaram pintando. É uma doença séria, que deve ser detectada a tempo

de poder ser tratada, antes de evoluir para um dano hepático irreparável.

Capítulo 9

Legislação no Brasil

PROTOCOLO DE TRATAMENTO PELO SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 863, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de estabelecer Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, que contenha critérios de diagnóstico e tratamento, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, racionalize a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença, regulamente suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabeleça mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz;

Considerando a Consulta Pública a que foi submetido o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica C, por meio da Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23 de julho de 2002 - Anexo VII, que promoveu sua ampla discussão e possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico científica, sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde na sua formulação, e

Considerando as sugestões apresentadas ao Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais no processo de Consulta Pública acima referido, resolve:

Art. 1º - Aprovar o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS -HEPATITE VIRAL CRÔNICA C - Interferon-alfa, Interferon-alfa Peguilado, Ribavirina, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1º - Este Protocolo, que contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento, é de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

§ 2º - As Secretarias de Saúde que já tenham definido Protocolo próprio com a mesma finalidade, deverão adequá-lo de forma a observar a totalidade dos critérios técnicos estabelecidos no Protocolo aprovado pela presente Portaria;

§ 3º - É obrigatória a observância deste Protocolo para fins de dispensação dos medicamentos nele previstos;

§ 4º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, o que deverá ser formalizado através da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, conforme o modelo integrantes do Protocolo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

HEPATITE VIRAL CRÔNICA C **Interferon-alfa, Interferon-alfa Peguilado, Ribavirina**

1. Introdução

O vírus da Hepatite C (HCV) é uma importante causa de cirrose em todo mundo (1). Pertence ao gênero Hepacivirus da família Flaviviridae, sendo seu genoma constituído por uma hélice simples de RNA. Possui aproximadamente 9600 nucleotídeos, com uma única região de leitura que produz uma proteína de cerca de 3000 aminoácidos. Essa proteína é após partida por proteases virais e do hospedeiro em pelo menos 10 proteínas estruturais e não estruturais. Existe uma grande variabilidade na seqüência genômica do HCV, sendo que as amostras isoladas em todo o mundo foram agrupadas em 6 genótipos, sendo no Brasil os mais freqüentes os genótipos 1,2 e 3 (2). Sabe-se que dentre esses, o genótipo 1 caracteriza-se pela maior resistência ao tratamento antiviral (1). Não se conhece ao certo a prevalência da infecção pelo HCV no Brasil. Em estudo transversal realizado em bancos de sangue, a prevalência de doadores com anti-HCV positivo foi de 1,23% (2). Como nem todos pacientes com o anticorpo portam o vírus, estima-se que a prevalência da infecção crônica pelo HCV esteja ao redor de 1% da população em geral.

Tanto a infecção crônica quanto a infecção aguda pelo HCV são usualmente assintomáticas(3),(4), estimando-se que apenas um terço dos pacientes com infecção aguda pelo vírus C venham a ter sintomas ou icterícia (5). A persistência do HCV-RNA por mais do que seis meses após a infecção caracteriza a infecção crônica pelo HCV. É tema controverso a proporção de pessoas infectadas pelo HCV que desenvolverá infecção crônica, mas calcula-se que esse valor em média deve ficar entre 70 a 80% dos infectados (5).

As principais complicações potenciais da infecção crônica pelo vírus C, a longo prazo, são a cirrose, a insuficiência hepática terminal e o carcinoma hepatocelular (5). O percentual de

pacientes cronicamente infectados que evoluem para cirrose após 20 anos do contágio varia entre diversos estudos, sendo que estudos de base populacional resultaram em taxas de 4 a 10%, enquanto que em estudos realizados em clínicas especializadas em doenças hepáticas a incidência encontrada é de até cerca de 20% (6), sendo que provavelmente a taxa correta situe-se entre 10 e 15% (7). Entretanto pouco se sabe a respeito da evolução da infecção crônica pelo HCV em períodos mais longos do que duas décadas. Uma vez com cirrose, cerca de 1 a 4% dos pacientes por ano desenvolvem carcinoma hepatocelular.

Em 1998 foram publicados dois ensaios clínicos envolvendo 1744 pacientes que mostraram o maior benefício da terapia combinada de interferon-alfa e Ribavirina sobre a monoterapia com interferon-alfa (8), (9), tendo sido mostrado maior benefício no tratamento de pacientes com genótipo 1 por 48 semanas e genótipo não-1 por 24 semanas. Essa conduta foi posteriormente ratificada pelo Consenso Internacional de Paris realizado em 1999 (10).

Uma nova forma de interferon foi desenvolvida, que se chama interferon Peguilado ou peginterferon. A peguilação é uma técnica desenvolvida pela indústria de cosméticos e também utilizada na produção de alimentos, que consiste em unir uma molécula de polietilenoglicol à molécula de interferon. Tornando-se maior, o interferon é mais dificilmente metabolizado, dessa forma suas dosagens sanguíneas permaneceriam elevadas por um maior tempo. A atividade biológica do interferon permanece qualitativamente inalterada, porém mais fraca do que a do interferon livre (11), e a sua administração, que ao invés de ser três vezes por semana, passa a ser semanal.

Um ensaio clínico randomizado aberto de fase 3 comparando-se interferon convencional mais Ribavirina versus interferon Peguilado mais Ribavirina foi publicado por Manns e colaboradores em setembro de 2001 na revista Lancet (12), mostrando um pequeno benefício da combinação utilizando interferon Peguilado e Ribavirina sobre a combinação interferon convencional e Ribavirina. O interferon Peguilado na dose de 1,5 mcg/kg mais Ribavirina teve uma taxa de resposta viral sustentada de 54% versus 47% do interferon convencional. O Food and Drug Administration nos Estados Unidos da América, reanalisaram os dados de Manns (13) e concluíram que a

diferença entre o interferon Peguilado (resposta de 52%) e o interferon convencional (resposta de 46%) foi de apenas 6%. Além disso, estatisticamente (ainda com uma chance de erro de 5%) esse valor pode estar situado entre 0,18% e 11,63%.

Outro ensaio clínico randomizado aberto de fase 3 realizado por Fried e colaboradores (14), comparou três grupos. Um grupo utilizou interferon Peguilado associado à Ribavirina, outro grupo utilizou interferon Peguilado monoterapia e um terceiro grupo utilizou interferon convencional associado a Ribavirina, tendo sido obtido uma taxa de resposta viral sustentada de 56% no grupo associando interferon Peguilado e Ribavirina, 30% no grupo utilizando interferon Peguilado monoterapia e 44% no grupo associando interferon convencional e Ribavirina (15).

Outro estudo foi realizado com a finalidade de se estabelecer a melhor dose de Ribavirina para ser associada ao interferon Peguilado, assim como o tempo de tratamento mais adequado (16). Quatro grupos foram tratados, um associando-se interferon Peguilado e Ribavirina 800 mg por 24 semanas, um grupo associando interferon Peguilado e Ribavirina 1000-1200 mg por 24 semanas, outro grupo utilizando interferon Peguilado e Ribavirina 800 mg por 48 semanas e um quarto grupo tratado com interferon Peguilado e Ribavirina 1000-1200 mg por 48 semanas. Nos grupos utilizando dose mais alta de Ribavirina, 1000 mg foi administrada para pacientes com menos de 75 kg e 1200 para pacientes com 75 kg ou mais. Os pacientes com HCV genótipo tipo 1 foram distribuídos na proporção de 1:1:4:4 e os do genótipo tipo não-1 foram distribuídos na proporção 1:1:1:1 entre os grupos. O estudo mostrou que para pacientes com genótipo tipo 1, grupos que utilizaram menores doses de Ribavirina e/ou por 24 semanas tiveram um percentual de resposta viral sustentada significativamente menor, recomendando-se portanto a utilização de interferon Peguilado associado a Ribavirina 1000-1200 mg por 48 semanas para pacientes do genótipo tipo 1. Para pacientes com HCV tipo não-1 não houve redução da eficácia na utilização do medicamento por 24 semanas associado a doses de 800 mg de Ribavirina em relação aos outros grupos, portanto podendo ser esse o tempo de tratamento e dose de Ribavirina empregada.

Existem algumas dúvidas sobre a superioridade do interferon Peguilado versus interferon convencional. A primeira delas é que

todos os estudos realizados fazendo essa comparação foram abertos, ou seja, todos os pacientes, assim como os médicos, sabiam qual tratamento estava sendo dado para cada paciente. Estudos abertos tendem a mostrar 17 a 30% a mais de resposta para a nova terapia, mesmo que na realidade não exista diferença entre os tratamentos (17).

O ensaio clínico de Manns e colaboradores não mostrou diferença estatística entre os tratamentos com interferon Peguilado e interferon nesses genótipos (12), (13). Na versão final do documento elaborado no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos sobre o tratamento da hepatite C, de autoria de 72 dos maiores especialistas em doenças hepáticas dos Estados Unidos, França, Canadá e Itália, divulgado dia 26 de agosto de 2002, consta que: „Entre pacientes com genótipo 2 e 3, respostas virais sustentadas com interferon convencional e Ribavirina foram comparáveis àquelas obtidas com interferon Peguilado e Ribavirina, e portanto interferon convencional e Ribavirina podem ser usados no tratamento de pacientes com esses genótipos (7).

Outra questão é a dose de interferon Peguilado utilizada. Como os pacientes que receberam interferon Peguilado 1,5 mcg/kg, apresentaram mais efeitos adversos, Manns e colaboradores (12) justificaram que isso ocorreu devido a alta dose de interferon Peguilado utilizada comparada a dose de interferon convencional 3.000.000 UI 3 vezes por semana. Um estudo publicado por Mangia no Journal of Hepatology (18) comparou a utilização de 3.000.000 UI de interferon convencional associado a Ribavirina versus 5.000.000 UI de interferon associado a Ribavirina. Neste estudo observou-se maior taxa de resposta nos tratados com 5.000.000 UI de interferon-alfa nos pacientes com genótipo tipo 1, exatamente o mesmo grupo beneficiado com interferon Peguilado no estudo de Manns (12). Não existem estudos clínicos de fase III comparando-se interferon Peguilado com interferon convencional 5.000.000 de UI. Dessa forma persiste a dúvida se a pequena diferença observada foi devida ao processo de peguilação ou se foi devida a maior dose de interferon molecular per se.

Não existem estudos comparativos entre os interferons Peguilados alfa-2a e alfa-2b e, tanto o Consenso francês (19) quanto o realizado no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (7), não fazem distinção entre esses dois interferons Peguilados disponíveis. Da mesma forma, estas duas

apresentações de interferon Peguilado, observadas as diferentes dosagens, são consideradas equivalentes neste protocolo, considerando a ausência de evidência de superioridade de uma sobre a outra.

2. Classificação CID 10

B18.2 - Hepatite Viral Crônica C

3. Critérios de INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

3.1. Critérios Gerais de Inclusão

Serão incluídos no Protocolo de Tratamento aqueles pacientes que possuam todas as seguintes características:

- a) ser portador de HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva;
- b) apresentar transaminases acima de uma vez e meia o limite superior da normalidade, em pelo menos três determinações com intervalo mínimo de um mês entre elas, sendo pelo menos uma delas nos últimos seis meses;
- c) ter realizado, nos últimos 24 meses, biópsia hepática onde tenha sido evidenciada atividade necro-inflamatória de moderada a intensa (maior ou igual a A2 pela classificação Metavir ou atividade portal ou peri-septal grau 2 da classificação da Sociedade Brasileira de Patologia) e/ou presença de fibrose de moderada a intensa (maior ou igual a F1 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia);
- d) ter entre 12 e 70 anos;
- e) ter contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ e de neutrófilos acima de 1.500/mm³.

3.2. Critérios de Inclusão para Tratamento com Interferon Alfa Peguilado

Os pacientes poderão ser candidatos ao tratamento com interferon Peguilado se estiverem enquadrados, além dos critérios gerais mencionados nas alíneas "a" + "b" do item 3.1 acima, nos seguintes critérios:

- a) ser portador do vírus da hepatite C do genótipo 1, segundo exame de reação em cadeia da polimerase com genotipagem;

- b) ter biópsia hepática nos últimos 24 meses com fibrose septal (maior ou igual a F2 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia) (19);
- c) ter entre 18 e 70 anos de idade;
- d) ter contagem de plaquetas acima de 75.000/mm³ para cirróticos e de 90.000/mm³ para não cirróticos e de neutrófilos acima de 1.500/mm³.

4. Critérios de Exclusão do protocolo de tratamento

Não deverão ser incluídos no Protocolo de Tratamento, tanto com interferon-alfa como com interferon Peguilado, pacientes com as seguintes condições:

- tratamento prévio com interferon alfa associado à Ribavirina (19);
- tratamento prévio com interferon Peguilado (associado ou não à Ribavirina);
- tratamento prévio com monoterapia com interferon alfa previamente, não tendo tido resposta virológica ou bioquímica ao tratamento (20), (21);
- consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
- consumo regular de drogas ilícitas (se o paciente estiver em tratamento para dependência química com boa adesão, o tratamento para hepatite C poderá ser considerado) (7), (19);
- pacientes transplantados (o tratamento do HCV em pacientes transplantados hepáticos deve ser considerado experimental, e só realizado no âmbito de protocolos de pesquisa (7), (19);
- hepatopatia descompensada;
- cardiopatia grave;
- doença da tireóide descompensada;
- neoplasias;
- diabetes melito tipo 1 de difícil controle ou descompensada;
- convulsões não controladas;
- imunodeficiências primárias;
- homens e mulheres sem adequado controle contraceptivo;
- gravidez (beta-HCG positivo);
- não concordância com os termos do Consentimento Informado.

5. Situações Especiais

a) **paciente com co-infecção HIV-HCV:** os pacientes com HIV estáveis clínica e laboratorialmente (ausência de infecção oportunista ativa ou nos últimos seis meses e com contagem de

linfócitos TCD4+ > 200 céls/mm³ e com carga viral menor que 5.000 cópias/mm³, ou contagem de linfócitos TCD4+ > 500 céls/mm³ independentemente da carga viral) poderão ser tratados seguindo as mesmas normas deste protocolo. Em pacientes infectados pelo HIV com doença oportunista em atividade ou sem estabilidade clínico-laboratorial, o tratamento da doença oportunista e/ou HIV é prioridade. Deve haver cautela no uso simultâneo de Ribavirina e DDI, que pode aumentar o risco de acidose láctica e pancreatite. Também sugere-se cautela na associação de zidovudina com Ribavirina, pois as duas drogas tem como efeito adverso a anemia. Sempre que possível, durante o tratamento com Ribavirina, deve-se utilizar esquema antiretroviral que não contenha essas drogas (22).

b) **pacientes pediátricos:** não existem estudos controlados que assegurem a eficácia e a segurança do tratamento de pacientes abaixo de 18 anos com hepatite C (7), (13), (19). Em uma revisão sistemática dos trabalhos publicados sobre tratamento de crianças com interferon convencional monoterapia (23)23 encontrou-se 35% de resposta virológica sustentada. Essas altas taxas de resposta encontradas em crianças, quando comparadas as taxas em adultos, podem ser devidas ao estágio inicial da doença, a dosagem elevada relativa de interferon ou à ausência de comorbidades nessa faixa etária (24). Poucos estudos existem sobre o uso de interferon convencional e Ribavirina em crianças. Não existe nenhum estudo sobre o uso de interferon Peguilado em pacientes com menos de 18 anos (24). Dessa forma, pacientes abaixo de 12 anos de idade, em que se considere o tratamento para hepatite C, devem ser avaliados por um comitê de especialistas nomeado pelo Gestor Estadual do SUS para avaliar o uso de interferon convencional associado ou não a Ribavirina.

c) **pacientes já tratados com interferon monoterapia:** pacientes que tenham tido resposta, bioquímica ou virológica, ao final do tratamento, podem ser retratados com interferon convencional e Ribavirina por 1 ano independente do genótipo, seguindo as demais recomendações deste protocolo;

d) **hepatite C aguda:** não existem estudos controlados avaliando essa situação. Devido a raridade do evento, tornando difícil a realização desses estudos, pode ser considerado tratamento com

interferon convencional 5.000.000 UI por dia por 4 semanas e após 3.000.000 UI por dia por 20 semanas (25), associado ou não a Ribavirina (26), para pacientes:

- que tenham tido exposição ao HCV nos quatro meses prévios a soroconversão documentada (de anti-HCV negativo para positivo) ou;

- que tenham tido exposição ao HCV nos quatro meses prévios ao início de quadro de icterícia e transaminases acima de 10 vezes os valores normais (25). Deve-se ter o cuidado, nesses casos, de excluir outras causas de elevação de transaminases com icterícia. Ainda é controverso o melhor momento de iniciar-se o tratamento, mas deve-se realizar HCV-RNA após três a seis meses do momento provável do contágio e tratar apenas os positivos. Dessa forma evita-se expor uma parcela dos pacientes que eliminariam o vírus espontaneamente (26).

a) **paciente com distúrbios psiquiátricos:** devem ter a sua condição psiquiátrica estabilizada, estando realizando tratamento psiquiátrico regular e com avaliação de especialista em psiquiatria liberando o paciente para o tratamento. Sugere-se nesses casos avaliar a relação risco-benefício, reservando o tratamento para pacientes com fibrose hepática avançada ou cirrose (19);

b) **paciente com doença cerebrovascular, coronária ou insuficiência cardíaca:** devem ter a sua condição clínica estabilizada. Esses pacientes são mais sujeitos a efeitos adversos e sugere-se nesses casos avaliar a relação risco-benefício, reservando o tratamento para pacientes com fibrose hepática avançada ou cirrose;

c) **pacientes com insuficiência renal crônica:** pacientes com depuração da creatinina endógena (DCE) abaixo de 50 ml/min e/ou em hemodiálise devem ser tratados em Centros de Referência no tratamento da hepatite C. A Ribavirina é contraindicada em pacientes com insuficiência renal terminal. Taxas de resposta viral sustentada com interferon mais alta do que em pacientes sem insuficiência renal são alcançadas nesses pacientes, possivelmente pelo aumento da meia vida do medicamento nessa situação (27). A atividade do interferon Peguilado é diminuída em pacientes com insuficiência renal crônica (28) e não existem estudos nessa população mostrando se o interferon Peguilado é seguro e mais eficaz do que interferon convencional (29).

d) **hemólise, hemoglobinopatias e supressão de medula óssea:** nestas situações pode ser considerada a possibilidade de monoterapia com interferon Peguilado-alfa;

e) **Pacientes com genótipo 4,5,6:** devem ser tratados com interferon convencional associado à Ribavirina por 48 semanas, devendo o tratamento ser suspenso se o HCV-RNA estiver positivo ao final da semana (24);

f) **pacientes com hemofilia** podem realizar o tratamento sem a necessidade da biópsia hepática;

g) **pacientes com cirrose compensada** diagnosticada clinicamente e/ou através de exames laboratoriais, e que apresentem varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, também podem realizar o tratamento sem a necessidade de biópsia hepática.

6. Tratamento

6.1. Fármacos e Apresentações

a) interferon alfa-2a recombinante: frasco-ampola com 3.000.000 UI, 4.500.000 UI e 9.000.000 UI para uso sub-cutâneo;

b) interferon alfa-2b recombinante: frasco-ampola com 3.000.000 UI, 4.500.000 UI, 5.000.000 UI, 9.000.000 UI e 10.000.000 UI para uso sub-cutâneo;

c) interferon Peguilado alfa-2a: frasco-ampola com 135* e 180 mcg;

d) interferon Peguilado alfa-2b: frasco-ampola de 50*, 80, 100, 120 e 150* mcg (as ampolas de 80, 100 e 120 mcg contém, respectivamente, segundo informações da bula do medicamento registrada na ANVISA, 112, 140 e 168 mcg de interferon Peguilado (11);

e) Ribavirina: cápsulas com 250 mg.

(* estas apresentações, apesar de estarem registradas na ANVISA, não estão sendo comercializadas, atualmente, no Brasil).

6.2. Esquemas de Administração

a) interferon-alfa: 3.000.000 UI a 5.000.000 UI SC, três vezes por semana, associado ou não à Ribavirina 1000 mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais. A dose para pacientes com menos de 40 Kg é de 3.000.000 UI/m² de superfície corporal (não exceder 3.000.000UI) e a dose de Ribavirina é de 15 mg/kg;

b) interferon Peguilado alfa-2a: 180 mcg SC por semana associado ou não à Ribavirina 1000-1250 mg por dia para pacientes com genótipo tipo 1 (1000mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais);

c) interferon Peguilado alfa-2b em monoterapia (quando não associada a Ribavirina): a dose preconizada é de 1 mcg/kg SC por semana (13), (30).

Peso do Paciente	Apresentação	Volume total da ampola	Quantidade a ser administrada	Volume a ser administrado
40-51,9 kg	80 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	48 mcg	0,3 ml
52-69,9 kg			64 mcg	0,4 ml
70-87,9 kg			80 mcg	0,5 ml
88-99,9 kg			96 mcg	0,6 ml
100-115 kg			112 mcg	0,7 ml
116-129,9 kg	100 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	120 mcg	0,6 ml
130-147,9 kg			140 mcg	0,7 ml
> 148 kg	120 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	156 mcg	0,6 ml

Tabela 1

Tabela 1 - Modo de administração interferon Peguilado alfa-2b em monoterapia (13) (adaptado conforme apresentações comerciais disponíveis (11)

a) interferon Peguilado alfa-2b associado à Ribavirina: 1,5 mcg/kg SC por semana 1000-1250 mg por dia para pacientes com genótipo tipo 1 (1000mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais).

Tabela 2 - Modo de administração interferon Peguilado alfa-2b combinado com Ribavirina (13) (adaptado conforme apresentações comerciais disponíveis (11)

Peso do Paciente	Apresentação	Volume total da ampola	Quantidade a ser administrada	Volume a ser administrado
40-46,9 kg	80 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	64 mcg	0,4 ml
47-57,9 kg			80 mcg	0,5 ml
58-67,9 kg			96 mcg	0,6 ml
68-76,9 kg			112 mcg	0,7 ml
77-84,9 kg	100 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	120 mcg	0,6 ml
85-97,9 kg			140 mcg	0,7 ml
98-104,9 kg	120 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	156 mcg	0,6 ml
> 105 kg			168 mcg	0,7 ml

Tabela 2

6.3. Tempo de Tratamento e Critérios de Interrupção do Tratamento

6.3.1. Interferon-alfa não Peguilado

Nas situações em que for utilizado interferon-alfa não Peguilado, o tratamento deve ser interrompido nos seguintes casos:

- pacientes com efeitos adversos sérios;
- pacientes intolerantes ao tratamento;

- pacientes com genótipo viral 2 e 3 e que tenham utilizado interferon-alfa não Peguilado associado à Ribavirina por 24 semanas;
- pacientes com genótipo viral 4,5 e 6 utilizando interferon-alfa não Peguilado associado à Ribavirina e que tenham HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva após 24 semanas de tratamento;
- pacientes utilizando interferon alfa monoterapia e que tenham HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva após 12 semanas de tratamento;
- pacientes que tenham completado 48 semanas de tratamento em quaisquer circunstâncias.

6.3.2. Interferon-alfa Peguilado

Nas situações em que for utilizado interferon-alfa Peguilado, o tratamento deve ser interrompido nos seguintes casos:

- pacientes com efeitos adversos sérios;
- pacientes intolerantes ao tratamento;
- pacientes com HCV genótipo tipo 1, que após 12 semanas de tratamento com interferon Peguilado associado à Ribavirina, não tenham negativado o exame HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) ou que não tenham obtido uma redução maior ou igual a 100 vezes (2 logs) no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento (14);
- pacientes utilizando interferon Peguilado monoterapia, que após 12 semanas de tratamento com interferon Peguilado, não tenham negativado o exame HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) ou que não tenham obtido uma redução maior ou igual a 100 vezes (2 logs) no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento (31);
- pacientes que tenham completado 48 semanas de tratamento em quaisquer circunstâncias.

6.4. Logística

Por razões de fármaco-economia, racionalização de dose e aplicação, aqueles pacientes que estiverem em tratamento com interferon Peguilado devem ter suas doses semanais aplicadas em serviço especialmente identificado para tal fim pela Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, as ampolas ficarão em poder dos serviços já mencionados e não dos pacientes em tratamento. Para facilitar o trabalho dos serviços identificados, sugere-se que os pacientes sejam agrupados e previamente agendados para a aplicação do medicamento. Dependendo da apresentação comercial disponível na Secretaria, indicação e peso do paciente, o uso das ampolas do medicamento poderá ser compartilhado, adotadas as medidas técnicas de segurança de manipulação e aplicação do medicamento.

Tendo em vista que as Secretarias de Saúde poderão dispor de apenas uma das apresentações comerciais de interferon Peguilado existentes no país (alfa-2a ou alfa-2b) e o fato de as mesmas terem a mesma eficácia clínica, recomenda-se que estas Secretarias orientem os médicos prescritores a prescreverem interferon Peguilado para seus pacientes de acordo com as especificidades do produto disponível, conforme preconizado neste Protocolo.

7. Monitorização

7.1. Avaliação Inicial

Os pacientes com hepatite C que são candidatos a tratamento devem ser submetidos a uma avaliação inicial. Nessa avaliação devem constar anamnese completa, exame físico e os seguintes exames complementares:

- a) hemograma completo com contagem de plaquetas;
- b) ALT, AST;
- c) tempo de protrombina, bilirrubinas, albumina;
- d) creatinina, ácido úrico, glicemia de jejum;
- e) TSH;
- f) anti-HIV;
- g) HBsAg;
- h) para mulheres em idade fértil que usarão Ribavirina: beta-HCG;
- i) biópsia hepática dos últimos dois anos, salvo nos casos definidos nas alíneas “j” e “k” do item 5 deste Protocolo;
- j) Genotipagem do HCV - Biologia Molecular. O exame de genotipagem só se justifica após para os pacientes que já tenham preenchido todos critérios de inclusão, inclusive biópsia hepática (salvo nos casos definidos nas alíneas “j” e “k” do item 5 deste Protocolo), e não apresentem critérios de exclusão.

k) pacientes com genótipo tipo 1 e que estejam sendo avaliados para o uso de interferon Peguilado-alfa associado à Ribavirina ou pacientes que estejam sendo avaliados para o uso de interferon Peguilado-alfa monoterapia, já tendo preenchido todos outros critérios de inclusão e não apresentem critérios de exclusão, deverão realizar o exame HCV - Detecção por Tecnologia Biomolecular de Ácido Ribonucléico (teste quantitativo) antes do início do tratamento;

7.2. Monitorização Durante o Tratamento

Aqueles pacientes que, após a realização da avaliação inicial, se enquadrarem nos critérios de inclusão e não apresentarem critérios de exclusão, poderão iniciar com um dos tratamentos propostos nos itens 6.2.a a 6.2.d deste Protocolo.

Os pacientes em uso da medicação deverão ser monitorizados, principalmente nas fases iniciais do tratamento. Os exames mínimos que o paciente deverá realizar durante o tratamento são:

- hemograma, plaquetas, ALT, AST, creatinina a cada quinze dias no primeiro mês e após mensalmente;
- TSH a cada três meses;
- para mulheres em idade fértil em uso de Ribavirina: beta-HCG a cada três meses.

7.3. Monitorização da Resposta Viroológica

7.3.1. Interferon não-Peguilado monoterapia

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-Peguilado monoterapia deverão realizar os seguintes exames além dos expostos acima:

HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 12 de tratamento e caso o resultado seja positivo devem interromper o tratamento, sendo considerados não-respondedores. Caso o exame seja negativo, devem manter o tratamento, repetindo o exame na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada.

7.3.2. Interferon não-Peguilado associado à Ribavirina com genótipo tipo 1

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-Peguilado associado à Ribavirina com genótipo tipo 1 deverão realizar os seguintes exames de monitorização da resposta virológica:

HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 24 de tratamento. Pacientes que tiverem resultado negativo desse exame devem manter o tratamento, repetindo o exame na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada. Pacientes que tiverem HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva na semana 24 de tratamento deverão interromper o tratamento, sendo considerados não-respondedores.

7.3.3. Interferon não-Peguilado associado à Ribavirina com genótipo tipo 2 e 3

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-Peguilado associado à Ribavirina com genótipo tipo 2 e 3 deverão realizar os seguintes de monitorização da resposta virológica:

HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 24 quando deverão interromper o tratamento. Pacientes que tiverem o exame da HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva na semana 24 de tratamento serão considerados não-respondedores. Os pacientes com esse exame negativo ao final do tratamento (semana 24) devem repeti-lo após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada.

7.3.4. Interferon Peguilado associado à Ribavirina com genótipo 1 ou interferon Peguilado monoterapia

Os pacientes que estiverem em uso de interferon Peguilado associado à Ribavirina com genótipo 1 ou interferon Peguilado monoterapia deverão realizar os seguintes exames de monitorização da resposta virológica:

HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) na semana 12 de tratamento. Pacientes que não tenham negativado o exame de carga viral ou que não tenham obtido uma redução de 100x no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento deverão interromper o

tratamento. Caso contrário deverão manter o tratamento, realizando HCV - detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliação da resposta virológica sustentada.

8. Benefícios Esperados com o Tratamento

- aumento da expectativa de vida;
- melhora da qualidade de vida;
- redução da probabilidade de evolução para insuficiência hepática terminal que necessite de transplante hepático;
- diminuição do risco de transmissão da doença;
- resposta viral sustentada, definida pela reação em cadeia da polimerase qualitativa negativa após 24 semanas do final do tratamento.

9. Consentimento Informado

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados nesse protocolo, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura de Termo de Consentimento Informado, de acordo com o modelo constante neste Protocolo.

10. Referências Bibliográficas

1. Bukh, J. The hepatitis C vírus. In: Schiff E, Hoofnagle JH. Postgraduate Course 2000: update on viral hepatitis. Dallas: American Association for the Study of the Liver; 2000. pp. 102-111.
2. Relatório do Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Hepatologia. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C no Brasil. [consultado em 11 de julho de 2002], disponível em www.sbhepatologia.org.br.
3. Davis G. Hepatitis C. In: Schiff ER, Sorrel MF, Maddrey WC. Schiff's Disease of the Liver. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins;1998. pp. 793-836.
4. Seeff, LB. Natural History of Hepatitis C. In: Schiff E, Hoofnagle JH. Postgraduate Course 2000: update on viral hepatitis. Dallas:

- American Association for the Study of the Liver; 2000. pp. 112-118.
5. Hoofnagle JH. The Course and Outcome of Hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement - Management of Hepatitis C 2002.
 6. Seef L. Natural History of Chronic Hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement - Management of Hepatitis C 2002.
 7. National Institute of Health consensus Development Conference Statement - Management of Hepatitis C 2002 - Final Statement.
 8. McHutchinson JG, Gordon SC, Schiff ER, et al. Interferon alpha-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 1998;339:1458-1492.
 9. Poynard T, Marcellin P, Lee SS et al. Randomised trial of interferon alpha-2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha-2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. International Hepatitis Interventional Therapy Group (IHIT). *Lancet*. 1998;352(9138):1426-32.
 10. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C - Paris Consensus Statement. *J Hepatol* 1999;30:956-961.
 11. Schering-Plough. Pegintron - Bula do Medicamento. [consultado em 29 de outubro de 2002], disponível em www.pegintron.com.br/bula.asp.
 12. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC et al. Peg-interferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomized trial. *Lancet* 2001; 358(9285):958-65.
 13. Food and Drug Administration. Peg-Intron (Peginterferon alfa-2b) Package Insert. [consultado em 24 de maio de 2002], disponível em www.fda.gov.
 14. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002; 347(13):975-982.
 - B15. isceglie AM. Optimal therapy of hepatitis C. In: National Institute of Health consensus Development Conference Statement - Management of Hepatitis C 2002.
 16. Hadziyannis SJ, H. Cheinquer, T. Morgan et al. Peginterferon alfa-2a (40kd) (Pegasys) in combination with ribavirin (RBV): efficacy and safety results from a phase III, randomized, double-blind, multicentre study examining effect of duration of treatment and RBV dose. *Hepatology* 2002 (abstract).

17. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA*. 1995;273(5):408-12.
18. Mangia A, Santoro R, Piattelli M et al. High doses of interferon in combination with ribavirin are more effective than the standard regimen in patients with HCV genotype 1 chronic hepatitis. *J Hepatol* 2002;37:109-116.
19. Consensus Conference - Treatment of hepatitis C. Paris 2002.
20. Kallinowski B, Liehr H, Moeller B et al. Combination therapy with interferon-alpha 2b and ribavirin for the treatment of relapse patients and non-responders with chronic HCV infection. *Z Gastroenterol* 2001; 39(3):199-204, 206.
21. Hasan F, Asker H, Al Shamali M, al Kalaoui M, Al Nakib B. Interferon-alpha plus ribavirin combination therapy for the treatment of chronic hepatitis C in interferon non-responders. *Hepatology* 2000; 47(36):1642-1644.
22. Soriano V, Sulkowski M, Bergin C, Hatzakis A, Cacoub P, Katlama C et al. Care of patients with chronic hepatitis C and HIV co-infection: recommendations from the HIV-HCV International Panel. *AIDS* 2002; 16(6):813-828.
23. Jacobson KR, Murray K, Zellos A, Schwarz KB. An analysis of published trials of interferon monotherapy in children with chronic hepatitis C. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34(1):52-58.
24. Jonas MM. Children with hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement - Management of Hepatitis C 2002.
25. Jaeckel E, Cornberg M, Wedemeyer H et al. Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b. *N Engl J Med* 2001; 345(20):1452-1457.
26. Hoofnagle JH. Therapy for acute hepatitis C. *N Engl J Med* 2001; 345(20):1495-1497.
27. Campistol JM, Esforzado N, Morales JM. Hepatitis C virus positive patients on the waiting list for transplantation. *Semin Nephrol* 2002;22(4):361-4.
28. Dicionário de especialidades Farmacêuticas: DEF 2002/03. 31ª edição. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2001. Bula Pegasys; p. 821.
29. Fabrizi F, Poordad FF, Martin P. Hepatitis C infection and the patient with end-stage renal disease. *Hepatology* 2002;36(1):3-10.
30. Lindsay KL, Trepo C, Heintges T et al. A randomized, double-blind trial comparing pegylated interferon alfa-2b to interferon alfa-

2b as initial treatment for chronic hepatitis C. Hepatology 2001;34(2):395-403.

31. Heathcote EJ, Shiffman ML, Cooksley GE et al. Peginterferon alfa-2a in patients with chronic hepatitis C and cirrhosis. N Engl J Med 2000;343(23):1673-1680.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Interferon alfa, Interferon alfa Peguilado e Ribavirina

Eu, _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de interferon alfa ou interferon alfa Peguilado, associados ou não com Ribavirina, preconizados para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente poderá ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado que a associação de Ribavirina + interferon alfa ou Ribavirina + linterferon Peguilado podem trazer os seguintes benefícios no tratamento da Hepatite Viral Crônica C:

- Redução da replicação viral;
- Melhora da inflamação e fibrose hepáticas;

Ainda não se sabe se esses benefícios irão significar no futuro cura da hepatite C, prevenção de cirrose, de insuficiência hepática ou do câncer do fígado. Também não está estabelecido se o tratamento previne a transmissão do vírus da hepatite C para outras pessoas, mesmo em pacientes que tiveram boa resposta ao tratamento.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos, riscos e advertências a respeito da associação de Ribavirina + interferon alfa ou Ribavirina + interferon Peguilado no tratamento da Hepatite Viral Crônica C:

- Medicamentos classificados na gestação como fator de risco X para Ribavirina (contra-indicada durante a gestação por causar graves defeitos, efeitos teratogênicos, oncogênicos, mutagênicos e embriotóxicos significativos nos bebês) e fator de risco C para interferon alfa e interferon Peguilado (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);

- É contra-indicado o uso da Ribavirina em pacientes de ambos os sexos nos quais o controle da contracepção não pode ser feito de maneira adequada e rigorosa, devendo ser utilizado método seguro de contracepção para pacientes em idade fértil até seis meses do final do tratamento;

- Não é recomendada a amamentação durante o tratamento com Ribavirina, interferon alfa e interferon Peguilado;

- Deve-se evitar a gravidez durante a vigência do tratamento e por 6 meses após seu término;

- O paciente não deve doar sangue;

- Os principais efeitos adversos relatados para o interferon alfa e interferon Peguilado são dor de cabeça, fadiga, depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, febre, tontura, dor torácica dificuldade de concentração, dor, perda de cabelo, coceiras, secura na pele, borramento da visão, alteração no paladar gosto metálico na boca, estomatite, náuseas, perda de apetite, diarreia, dor abdominal, perda de peso, dor muscular, infecções virais, reações alérgicas de pele, hipertireoidismo e hipotireoidismo, vômitos, indigestão, diminuição das células do sangue (plaquetas, neutrófilos, hemácias), tosse, faringite, sinusite. Os efeitos adversos menos frequentes incluem comportamento agressivo,

aumento da atividade de doenças auto-imunes, infarto do miocárdio, pneumonia, arritmias, isquemias.

- Os principais efeitos adversos relatados para Ribavirina incluem cansaço, fadiga, dor de cabeça, insônia, náuseas, perda de apetite, anemia. Os efeitos adversos menos freqüentes são dificuldade na respiração, conjuntivite, pressão baixa, alergias de pele, rinite, faringite, lacrimejamento.

- É necessária a realização de exames hematológicos, especialmente durante as 4 primeiras semanas de tratamento, para detecção de alterações nas células do sangue e, desta forma, quando for necessário, proceder ajuste de dose;

- Estes medicamentos podem interagir com vários outros medicamentos. Por isso, em caso de uso de outros medicamentos, comunique ao médico.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Observações:

a) o preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento;

b) este Termo ficará arquivado na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos.

Paciente: _____

R.G. do paciente: _____

Sexo do paciente: Masculino () Idade: _____
Feminino ()

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Responsável legal (quando for o caso):

R.G. do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Endereço do consultório:

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Data

Assinatura e carimbo do
médico

DIREITOS DO PACIENTE **RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE**

FÓRUM DE PATOLOGIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO** **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

1. O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
2. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
3. O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.
4. O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.
5. O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.
6. O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.
7. O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.
8. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

9. O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

10. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

11. O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

12. O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, pôr decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

13. O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

14. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional, de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

15. O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.

16. O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.

17. O paciente tem o direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico), e não em código, datilografadas ou em letras de forma, ou com caligrafia perfeitamente legível, e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

18. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

19. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

20. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.

21. O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

22. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26/10/93- art.8º e nº74 de 04/05/94).

23. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV / AIDS ou doenças infecto- contagiosas.

24. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exames laboratoriais e radiológicos.

25. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
26. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico / sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.
27. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.
28. O paciente tem direito de exigir que a maternidade realize o *teste do pézinho* para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.
29. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.
30. O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
31. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
32. O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida.
33. O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.
34. O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

35. O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

Grupos de apoio - Rede HERÓI

Procure ajuda nos grupos de apoio. A maioria dos Grupos de Apoio trabalha de forma independente, já que os problemas locais, em cada cidade ou estado, são diferentes. Também existem grupos que só se dedicam à hepatite C, outros a todas as hepatites por vírus, outros a todas as hepatites em geral e ainda outros que só se dedicam ao problema da captação de fígados para transplante e a realização dos mesmos.

Porém, os objetivos nacionais são discutidos numa rede, uma assembléia permanente, na qual um representante de cada grupo pode apresentar sugestões e discutir sobre todos os temas com todos os outros grupos. Esta rede chama-se HERÓI - HEPATITES, REDE DE ORGANIZAÇÕES INDEPENDENTES. Não possui presidente nem diretoria. Todos os grupos, independente de seu tamanho ou antiguidade, têm a mesma voz, o mesmo peso.

O objetivo é discutir todos os problemas relacionados às doenças hepáticas, fixando metas, reivindicações e formas de pressão sobre o governo. No entanto, não existem decisões de consenso e cada grupo tem total liberdade para participar, ou não, dependendo de seus interesses, de qualquer uma das questões. Não são tomadas decisões consensuais e sim recomendações, não obrigatórias, para os integrantes da Rede Herói.

Na luta dos grupos contra a AIDS, temos um verdadeiro exercito formado por mais de 600 grupos e associações, sem lideranças nacionais. É nessa forma de organização que nos espelhamos, devido a sua luta vitoriosa, que hoje é um exemplo para todo o mundo. Qualquer ofício endereçado ao governo é feito individualmente por cada um dos grupos que queira se envolver na reivindicação ou sugestão. Não existe um líder, coordenador ou representante, e com isto se evita que oportunistas, seja por interesses políticos, econômicos ou de imagem, se auto-titulem líderes ou coordenadores ou representantes dos grupos e portadores do Brasil.

Por lógica, dezenas de organizações e grupos reivindicando ao mesmo tempo, enviando cada um seu ofício, gritando e mobilizando a opinião pública no seu estado, têm muito mais poder de pressão do que um simples ofício encaminhado por um representante, o qual em algum momento poderá ser incompetente, ou ter pouca vontade de trabalhar ou ainda, o pior, corrupto, acabando com o trabalho realizado pelos grupos. Trabalhando de forma independente, com objetivos em comum, não existe perigo de algum dia tudo ser destruído por culpa de uma pessoa despreparada.

Poderíamos até usar um velho ditado popular que diz que se um elefante incomoda muita gente, 30, 50 ou 100 elefantes incomodam muito mais.

Relação dos grupos associados à Rede Herói:

Belém – PA - APAF - Associação Paraense dos Amigos do Fígado - Grupo de Informação e Apoio - e-mail: dmcrespo.bel@terra.com.br - Tel.: (91) 230-2530.

Campinas – SP - APOHIE - Associação de Assistência aos Portadores de Hepatites, Candidatos e Transplantados Hepáticos do Interior de São Paulo – e-mail: apohie@yahoo.com.br
Fone:(019) 3266-0397 - (019) 9166-0362

Campo Grande – MS - Grupo Solidário de Apoio a Portadores de Hepatite C - Grupo de Informação e Apoio - e-mail: alvaro-eduardo@uol.com.br - Tel.: (67) 387-5330

Florianópolis – SC - Grupo Hercules – Grupo de Informação e Apoio – e-mail: grupohercules@yahoo.com.br - Tel.: (48) 234-9437

Maceió – AL - Grupo Solidários - Grupo de Informação e Apoio – e-mail: solidario-al@uol.com.br - Tel.: (82) 377-8080 - (82) 9981.1661

Manaus – AM - Viv@Vida - Grupo de Apoio aos portadores de Hepatite C - e-mail: lala2032@globo.com - Internet: www.grupovivavida.hpg.ig.com.br - Tel.: (92)658-3948 e 9135-8605

Rio Claro – SP - Grupo Hepa-C – Grupo Blogger de informação e apoio na Internet – e-mail: hepa_c@ig.com.br - Internet: http://hepa_c.blig.ig.com.br - Tel.: (019) 3533.6482

Rio de Janeiro – RJ – ADOTE – RJ – Associação Aliança Brasileira Pela Doação de Órgãos e Tecidos – e-mail: adoterj@terra.com.br - Tel.: (21) 9309-4829 - 2572-9084

Rio de Janeiro – RJ - Dohe-Fígado – Associação dos Transplantados Hepáticos do Rio de Janeiro – e-mail: dohefigado@ibest.com.br - Tel.: (21) 9432.2900

Rio de Janeiro – RJ - Grupo Otimismo – Grupo de Informação e Apoio – e-mail: hepato@hepato.com - Internet: www.hepato.com - Tel.: (21) 9973.6832

Rio de Janeiro - RJ - RNP + Núcleo – (Co-infecção HIV/HCV) - e-mail: rnpnucleorj@terra.com.br - Tel.: (21) 3899.5477

São Luis – MA - Grupo UNA-C – Grupo de Informação e Apoio – e-mail: ellenneiva@globo.com - Tel.: (98) 236.7505 - 9973 7573

São Paulo – SP - Cidades Irmãs - Apoio e assessoria jurídica a portadores de hepatite C e transplantados – e-mail: saude@cidades-irmas.org.br - Internet: www.cidades-irmas.org.br - Tel.: (11) 5082-2715

São Paulo – SP - Grupo HCVIDA – Grupo de Informação e Apoio – e-mail: apoio@hcvida.com.br - Internet: www.hcvida.com.br - Tel.: (11) 9398-1997

São Paulo – SP - Unidos Venceremos – Grupo de Informação e Apoio - e-mail: micky@woolf.com - Internet: www.hepc.hoster.com.br - Tel.: (11) 4169-8311

Esta lista foi elaborada em março de 2003. Entre em contato com um dos grupos para saber de novos grupos em outras cidades

Outros grupos existentes no Brasil

Belo Horizonte – MG - AMIPHEC - Tel.: (31) 33719791

Brasília – DF - GRUPO C – Tel.: (61) 4688118

Goiânia - GO – GAPHE – Tel.: (62) 255-7009

Porto Alegre - RS - APOHC – Tel.: (51) 3341-2158

Recife - PE -NAPHE – Tel.: 81-32431232

Rio Branco - AC – APHAC - Tel.: (68) 224-3828

Rio Grande - RS – NAPHC - Tel.: (053) 91215311

Salvador – BA - Grupo Vontade de Viver - Tel.: (71) 9985-1293

Santos - SP - Grupo Esperança - Tel.: (13) 3221-2336 ramal 243

São Paulo – SP - TRANSPÁTICA – Tel.: (11) 3885-9056

Capítulo 10

Planos de Saúde

TRATAMENTO DA HEPATITE C PELOS PLANOS DE SAÚDE

COBERTURA DE EXAMES E DO INTERFERON PEGUILADO

INTERFERON PEGUILADO

O tratamento com Interferon Peguilado pode produzir graves efeitos colaterais, entre eles, por serem particularmente graves, temos a plaquetomia e a neutropenia, provocando hemorragias internas e diminuição das defesas imunológicas. Estes problemas, se não acompanhados constantemente, podem colocar em sério risco de vida o paciente.

Por este motivo, a Portaria 863/2002, com os procedimentos de tratamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde, especifica muito claramente:

6.4. Logística

*Por razões de fármaco-economia, racionalização de dose e aplicação, **aqueles pacientes que estiverem em tratamento com Interferon Peguilado devem ter suas doses semanais aplicadas em serviço especialmente identificado para tal fim pela Secretaria Estadual de Saúde.***

Assim, as ampolas ficarão em poder dos serviços já mencionados e não dos pacientes em tratamento.

Para facilitar o trabalho dos serviços identificados, sugere-se que os pacientes sejam agrupados e previamente agendados para a aplicação do medicamento. Dependendo da apresentação comercial disponível na Secretaria, indicação e peso do paciente, o uso das ampolas do medicamento poderá ser compartilhado, adotadas as medidas técnicas de segurança de manipulação e aplicação do medicamento.

Assim a aplicação do Interferon Peguilado "deve ser realizada, acompanhada e monitorada" por profissional qualificado em centro de serviço especializado. A aplicação do Interferon Peguilado é um "procedimento hospitalar".

O médico deve indicar na receita que a aplicação do Interferon Peguilado deve ser "assistida" em centro especializado, pois na aplicação devem ser seguidos os conceitos da quimioterapia: tratamento de certas doenças por meio de compostos que eletivamente atuam sobre certos organismos patogênicos ou sobre certos órgãos doentes. (Fonte: Michaelis)

EXAMES DE DIAGNÓSTICO E **ACOMPANHAMENTO**

A biópsia do fígado é considerada um procedimento diagnóstico hospitalar, sendo coberta obrigatoriamente por todos os Planos de Saúde. Em relação aos testes de detecção e acompanhamento, os mesmos são considerados procedimentos de diagnóstico ambulatorial, previstos no Rol de Procedimentos.

Reproduzimos a seguir a resposta dada pela ANS a uma consulta realizada:

Ofício n.º /PRESI
Rio de Janeiro, de julho de 2002.

MARIA DE FÁTIMA TEIXEIRA DOS REIS
Coordenadora da UNAC/SACSUS
Ministério da Saúde - Esplanada dos Ministérios - Bloco G
Brasília - DF

Senhora Coordenadora,

Em atenção ao Of. n.º 0383/02/SAC-SUS/SAS/MS, de 17/06/02, por meio do qual é dado conhecimento à esta Agência da demanda formulada pelo Sr.xxxxxxxxxxxxxx, esclareço o que segue.

2. Com a edição da Lei n.º 9.656, de 1998, os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 devem oferecer os procedimentos assistenciais definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, respeitadas as segmentações (tipos de planos) previstas no artigo 12 da referida legislação.

3. Para os planos contratados a partir daquela data, 'Pesquisa do Vírus HCV para Identificação' e 'Quantificação da Carga Viral' estão previstos no Rol de Procedimentos (grupo 15, subgrupo 02, itens 025 e 026), tanto para o segmento ambulatorial, como para o hospitalar com ou sem obstetrícia. Este Rol de Procedimentos está contido no Anexo da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 81, de 10 de agosto de 2001, disponibilizada na página eletrônica da ANS, no site <http://www.ans.gov.br> (campo Legislação).

4. Na oportunidade, informo que dúvidas ou reclamações podem ser dirigidas ao DISQUE ANS, 0800 7019656, cujo acesso é gratuito de qualquer localidade do país, ou por meio do próprio site da Agência acima indicado, bem como que esta resposta foi encaminhada ao interessado via e-mail.

Atenciosamente,

MÁRCIA REGINA UNGARETTE
Chefe de Gabinete

RESOLUÇÃO - RDC Nº 81, DE 10/08/2001

(Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O. n156-E, de 15-8-2001, Seção 1, pág. 37)

Classifica os procedimentos médicos constantes do Rol estabelecido pela RDC n.º 67 de 8 de maio de 2001 de acordo com as segmentações autorizadas pelo art. 12 da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso da atribuição que lhe confere o inciso III do art. 4 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e de acordo com o disposto no art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 3 de julho de 2001, e

Considerando a necessidade de classificar, de acordo com a segmentação autorizada no art. 12 da Lei 9656, de 1998, os procedimentos e eventos em saúde que constituem referência básica para a cobertura assistencial nos planos de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica estabelecida, na forma dos Anexos desta Resolução, a classificação do Rol de Procedimentos Médicos de que trata a RDC n.º 67 de 8 de maio de 2001, que deverá ser utilizada como referência de cobertura para todos os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 1999 de acordo com a segmentação contratada.

§ 1º Os anexos desta resolução estarão à disposição para consulta e cópia na página da Internet, http://www.ans.gov.br/Resol_ANS.htm.

§ 2º A íntegra do processo nº33902.033945/2001-92, a que se refere esta resolução e seus anexos, encontra-se à disposição dos interessados na sede da ANS, à Rua Augusto Severo n.º 84, 12º andar.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

TABELA AMB
RESOLUÇÃO - RDC Nº 81, DE 10/0/2001

15-02-025 - PESQUISA DO VÍRUS HCV PARA **IDENTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL**

15-02-026 - PESQUISA DO VÍRUS HCV PARA **QUANTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL**

15-02-051 - S. HEPATITE C **ANTI-HCV** POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO

15-02-052 - S. HEPATITE C **ANTI-HCV** POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL

15-02-075 - **TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP OU ALT** POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO

15-02-076 - **TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP OU ALT** POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL

16-06-112 - HEPATITE C - **ANTI-HVC**

16-06-113 - HEPATITE C - **ANTÍGENO HCV - PCR**

09-00-000 - **ANATOMIA PATOLÓGICA** E CITOPATOLOGIA

09-01-001 - **ATO DA COLETA PUNÇÃO BIÓPSIA** ASPIRATIVA, POR AGULHA FINA, ORIENTADO OU NÃO POR MÉTODO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

09-01-003 - **EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO POR ÓRGÃO, BIÓPSIA**, BIÓPSIA ASPIRATIVA OU CELL BLOCK

REGULAMENTAÇÃO DAS COBERTURAS DOS PLANOS DE SAÚDE

Basicamente todo Plano de Saúde abrange dois tipos de coberturas, a ambulatorial e a hospitalar. Cada uma delas cobre diferentes situações.

A Lei 9.656/98, em seu artigo 12 inciso I alínea "b", inciso II, alíneas " a" e "d", combinado com o artigo 35 G, que dispõe sobre exigências mínimas de cobertura de procedimento, proíbe a limitação de prazos, valor máximo e quantidade necessária à prevenção da doença para a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

" Art.12 São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º desta Lei, nas segmentações prevista nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitude de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

PLANO AMBULATORIAL

Não inclui internação. A cobertura mínima do plano ambulatorial abrange:

- a) **cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas especializadas**, reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

PLANO HOSPITALAR

É uma segmentação do plano de referência, que exclui os atendimentos ambulatoriais, clínicos ou de consultório. O plano hospitalar prevê as seguintes coberturas:

a)- **cobertura de internação hospitalar**, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina,

b)- **cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doenças e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos**, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;"

SEGUROS SAÚDE

Seguros saúde permitem livre escolha de serviços e reembolso de valores pagos. O segurado tem toda liberdade de utilizar os serviços oferecidos (credenciados ou não), apresentar notas e recibos das despesas e receber o reembolso, **de acordo com as condições e limites contratados.**

A seguradora também pode oferecer uma rede de serviços (credenciada ou referenciada), onde o segurado poderá utilizar os serviços, normalmente sem qualquer desembolso.

PRINCIPAIS DIREITOS DO CONSUMIDOR

O contrato de plano de saúde e a apólice de seguro privado de assistência à saúde devem garantir direitos mínimos ao consumidor. São eles:

1. A vigência do contrato inicia-se na data de assinatura, e não após o primeiro pagamento.
2. É proibida a suspensão ou rescisão do contrato, salvo a ocorrência de fraude comprovada ou falta de pagamento (inadimplência) por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do contrato.
3. É proibida a interrupção de internação ou suspensão de pagamentos pela operadora junto ao contratado. No caso de descredenciamento pela operadora ou desligamento do contratado, a internação deve ser

mantida, salvo a ocorrência de fraude ou infração às normas sanitárias. A interrupção da internação hospitalar, mesmo em UTI, somente poderá ocorrer por decisão do médico responsável.

4. **Não pode haver limitação para número de consultas médicas em clínicas básicas ou especializadas.**
5. O consumidor beneficiário de plano de saúde contratado pela empresa, não perde a condição de beneficiário no caso de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que assuma o pagamento do plano.

Se os direitos do consumidor não são respeitados, o consumidor pode encaminhar suas denúncias para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no telefone 0800-611997. Os órgãos de defesa do consumidor também aceitam queixas nesta área e prestam assistência para tentar resolver o impasse, como o caso dos Procons estaduais.

DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTES

Doença ou lesão preexistente é a patologia que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época de ingresso no plano. Todas as operadoras devem dar cobertura a doenças e lesões preexistentes. O prazo máximo de carência para atendimento destes casos é de 24 meses.

O contrato de plano ou seguro de saúde deve especificar os tipos de procedimentos médicos sujeitos ao prazo de carência no caso de doenças preexistentes. Desde 15 de dezembro de 2000, deve constar obrigatoriamente do contrato qual o conjunto de procedimentos que não é coberto na carência. Há um conjunto de 25 grupos de procedimentos, segundo determinação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), adequados aos tipos de doenças. A lista de procedimentos excluídos é grande, porém, evita que os planos se neguem a cobrir despesas que não estão relacionadas de fato à doença preexistente, o que era comum anteriormente.

O consumidor deve informar a existência de doença ou lesão preexistente na entrevista qualificada antes da assinatura do contrato. O contrato pode ser suspenso ou rescindido se o

consumidor omitir a preexistência de doença ou lesão. Havendo divergência entre as partes quanto à alegação, será aberto um processo administrativo na ANS (Agência Nacional de Saúde).

1 Cláusula que estabelece que a operadora poderá comprovar a qualquer momento a existência de DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE:

" A contratada poderá rescindir este contrato a qualquer momento, caso seja comprovado que o contratante é portador de doença e lesão preexistente..."

" Fica a critério da CONTRATADA , ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual de documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato"

Comentário: Nos termos do art. 11 da Lei nº 9.656/98 a operadora tem o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura do contrato, para provar que o consumidor tinha conhecimento prévio de ser portador de doença ou lesão preexistente. Se neste prazo não houver a comprovação do conhecimento, não mais poderá fazê-lo. Ainda, há de ressaltar que o parágrafo 5º do art. 3º da Resolução CONSU nº 2/98 dispõe a proibição de alegação de doença ou lesão preexistente, após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de perícia no consumidor. Lei nº 9.656/98

"Art. 11 - É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário."
Resolução CONSU nº 2/98

" Art. 3º (...) § 5º Fica definida a proibição à alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor."

3-2 Cláusula determinante da doença e lesão preexistente como carência: "As coberturas garantidas por este contrato somente terão validade após decorridos os seguintes períodos de carências, contados a partir da data de vigência: 24 meses para tratamento ou serviços de diagnóstico, de doenças e pré-

existentes (mesmo que sintomas agudos sejam conseqüências diretas ou indiretas de lesões ou patologias ocorridas ou iniciadas antes de assinatura do contrato) "

Comentário: O artigo 15 da Resolução CONSU nº 2 estabelece o prazo de 24 meses para cobertura parcial temporária, e não carência, que é definida no inciso II do artigo 2º da mesma Resolução como sendo "aquela que admite num prazo determinado, a suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes". O artigo 1º da referida resolução dispõe sobre a definição de DLP como sendo aquela que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, a época da contratação do plano de saúde. Considerando este dispositivo, a empresa-operadora de planos de saúde não poderá estender à definição acima os sintomas ou doenças não sabidas no ato da contratação.

SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO PORTARIA Nº 5, DE 27 DE AGOSTO DE 2002

Complementa o elenco de cláusulas abusivas constante do art. 51 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

A Secretária de Direito Econômico do Ministério da Justiça, no uso da atribuição que lhe confere o art. 56 do Decreto nº 2.181, de 20 de março de 1997, e

Considerando que **constitui dever da Secretaria de Direito Econômico orientar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor sobre a abusividade de cláusulas insertas em contratos** de fornecimento de produtos e serviços, notadamente para o fim de aplicação do disposto no inciso IV do art. 22 do Decreto nº 2.181, de 1997;

Considerando que o elenco de cláusulas abusivas constante do art. 51 da Lei nº 8.078, de 1990, é meramente exemplificativo, uma vez que outras estipulações contratuais lesivas ao consumidor defluem do próprio texto legal;

Considerando que a informação de fornecedores e de consumidores quanto aos seus direitos e deveres promove a melhoria, a transparência, a harmonia, o equilíbrio e a boa-fé nas relações de consumo;

Considerando, finalmente, as sugestões oferecidas pelo Ministério Público e pelos PROCONs, bem como decisões judiciais sobre relações de consumo; resolve:

Art. 1º Considerar abusiva, nos contratos de fornecimento de produtos e serviços, a cláusula que:

I - autorize o envio do nome do consumidor, e/ou seus garantes, a bancos de dados e cadastros de consumidores, sem comprovada notificação prévia;

II - imponha ao consumidor, nos contratos de adesão, a obrigação de manifestar-se contra a transferência, onerosa ou não, para terceiros, dos dados cadastrais confiados ao fornecedor;

III - autorize o fornecedor a investigar a vida privada do consumidor;

IV - imponha em contratos de seguro-saúde, firmados anteriormente à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, limite temporal para internação hospitalar;

V - prescreva, em contrato de plano de saúde ou seguro-saúde, a não cobertura de doenças de notificação compulsória.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Elisa Silva Ribeiro Baptista de Oliveira

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

A lista de procedimentos especiais, dos planos e seguros de saúde, é fixada pela Resolução n.º 10 do Consu (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), que determina o Rol de Procedimentos Médicos. Em virtude da extensão, complexidade e termos técnicos, a lista deverá ser disponibilizada na íntegra,

para conhecimento dos usuários, inclusive com o esclarecimento das coberturas dos planos segmentados. Estes procedimentos especiais devem estar incluídos como direitos dos planos. Pode acontecer de a operadora tentar incluir alguns destes procedimentos na lista de alta complexidade, o que não deve ser aceito pelo consumidor.

Ante qualquer problema, procure o PROCON da sua cidade, ou o auxílio do Poder Judiciário através do Juizado Especial Cível, ou telefone para a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, telefone 0800 7019656 - Ligação gratuita. Faça valer seus direitos.

SAIBA ONDE RECLAMAR CONTRA OS PLANOS DE SAÚDE

RECORRA AO PROCON DE SEU ESTADO

TAMBÉM PODE USAR O PODER JUDICIÁRIO ATRAVÉS DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL:

Acre: Rua Benjamim Constant, 250, Centro - Rio Branco - CEP 69.900-160

Alagoas: Av. Assis Chateaubriand, 2.834, Ed. anexo da Secretaria da Justiça, Prado, Maceió - CEP 57.010-900 - telefone (082) 326-6640 r. 30/ 326-6845/6818/221-4878

Amazonas: Rua Afonso Pena, 08, Praça 14 de Janeiro, Manaus - CEP 69-020-030 - telefone (092) 233-3292/633-8122

Bahia: Rua Carlos Gomes, 746, Centro, Salvador - CEP 40.060.330 - telefone (071) 321-2439/4228/3381/ 243-6818

Ceará: Av. Heráclito Graça, 100, Centro, Fortaleza - CEP 60.140-061 - telefone (085) 252-1158/454-2025/254-2492

Distrito Federal: SEPN 507, Bloco D, Lote 04, W3 Norte, Sobreloja, Brasília - CEP 70.740-545 - telefone (061) 347-3851 (Dir.)/6824/8701/0272/274-3141

Espírito Santo: Praça Manoel Silvino Monjardim, 98 Ed. ADA, 3º andar, Centro, Vitória - CEP 29.010-520 - telefone (027) 223-5349/222-5111/1137

Goiás: Av. Tocantins, 107, Centro, Goiânia - CEP 74.015-010 - telefone (062) 225-5035/229-4542 (Dir.)/4519/224-3206

Maranhão: Rua Isaac Martins, 81, Centro, São Luiz - CEP 65.010-690 - telefone (098) 231-0770 (Dir.)/231-0021/1196

Mato Grosso: Rua Historiador Rubens de Mendonça, s/n, Centro da Cidadania, 7º andar, Cuiabá - CEP 78.045-100 - telefone (065) 322- 6843/624-3505/9100/322-9532/3133

Mato Grosso do Sul: Av. Noroeste, 5.128, Centro, Campo Grande - CEP 79.002-061 - telefone (067) 384-4323/724-4105/725-8465

Minas Gerais: Rua Guajajaras, 2.009, 5º andar, Barro Preto, Belo Horizonte - CEP 31.180-101 - telefone (031) 295-3366/4843

Pará: Rua 28 de Setembro, 339, Comércio, Belém - CEP 66.010-100 - telefone (091) 223-2613 (Dir.)/2597/5705/222-2511/3231

Paraíba: Rua Rodrigues de Aquino, 675, Centro, João Pessoa - CEP 58.040-340 - telefone (083) 241-6171/3465

Paraná: Rua Francisco Torres, 206, Centro, Curitiba - CEP 80.060-130 - telefone (041) 362-1512/1225/362-2290 r. 221

Pernambuco: Av. Conde da Boa Vista, 700, 1º andar, Ed. IOB, Bairro da Boa Vista, Recife - CEP 50.060-002 - telefone (081) 423-3504/7257/3159/6618

Rio de Janeiro: Rua Buenos Aires, 309, Centro, Rio de Janeiro - CEP 20.061-001 - telefone - (021) 232-6222 (Dir.)/5836/6222/6232/7600/507-7154

Rio Grande do Norte: Rua Tavares de Libra, 109, Palácio da Cidadania, Ribeira, Natal - CEP 59.012-050 - telefone (084) 212-2569/1218/1680

Rio Grande do Sul: Rua Carlos Chagas, 55, esquina com Júlio de Castilho, térreo e sobreloja, Porto Alegre - CEP 90.030-020 - telefone (051) 225-0247/0307/0126/0688/0198

Rondônia: Av. Pinheiro Machado, 1313, Centro, Porto Velho - CEP 78.902-100 - telefone (069) 224-4738 (Geral)/5129

Roraima: Praça do Centro Cívico, s/n, Centro, Palácio da Justiça, 2º andar, Fórum Advogado Sobral Pinto - Boa Vista - CEP 69.301-380 - telefone (095) 623-1357 (Dir.)/1949

Santa Catarina: Rua Tenente Silveira, 162, Ed. das Diretorias, 7º andar, Florianópolis - CEP 88.010-300 - telefone (048) 216-1531/1517/1576/1501/1504/1527/1575

São Paulo: Rua Líbero Badaró, 119, 9º andar, Centro, São Paulo - CEP 01.009-000 - telefone (011) 1512

Sergipe: Av. Barão Maruim, 638, Centro, Aracaju - CEP 49.015-140 - telefone (079) 224-4497/1171

Tocantins: ACNE 01, Conj 01 Lote 18, Centro, Palmas - CEP 77.054-970 - telefone (063) 215-2052/218-1840/1841

Modelo de Ação Judicial

**(MANDADO DE SEGURANÇA
COM PEDIDO DE LIMINAR)**

**Pode ser impetrada para conseguir o
tratamento dos genótipos 2 ou 3 ou o re-
tratamento de qualquer genótipo com o
Interferon Peguilado pelo SUS. quando for
necessário salvaguardar a vida do paciente**

(Leia atentamente com seu advogado, faça as alterações necessárias a seu caso específico e anexe cópias autenticadas de todos os documentos solicitados)

***CUIDADO COM AS PARTES EM ITÁLICO QUE
DEVERÃO SER ADAPTADAS A SEU CASO
ESPECIFICO***

Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito da Vara da Fazenda Pública da Comarca de - (estado).

FULANO DE TAL, brasileiro, casado, (.....profissão.....), identidade número e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o número domiciliado nesta cidade de, Estado do, onde reside na rua, n., bairro, vem, por seu procurador, o advogado que esta subscreve, instrumento do mandato incluso (Documento 1), vem, à douta presença de vossa Excelência, com fundamento no art. 5º, "caput"; 6º; e 196 e seguintes da Constituição da

República, art. 6º, I, letra "d" e art. 7º, II da Lei 8.080 de 19.09.90 (Lei Orgânica da Saúde), e da Portaria 863 de 12 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, impetrar MANDADO DE SEGURANÇA COM PEDIDO DE LIMINAR, contra ato ilegal praticado pelo EXMO. SR. SECRETÁRIO ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DE, e pelo EXMO. SR. SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DA CIDADE DE o que faz lastreado pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

DOS FATOS

O Autor é portador de "hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, com replicação viral (RNA positivo) e atividade inflamatória com dano histológico confirmado por biópsia hepática", conforme faz certo a declaração firmada pelo profissional médico que o assiste, e que ora é anexada a esta (Documento 2).

O profissional médico que lhe assiste, Dr., é conceituado especialista em doenças hepáticas e diante da vanicidade da terapia convencional, já ministrada ao impetrante, determinou a utilização do medicamento Interferon Peguilado Alfa-2 a ou Alfa-2 b, modalidades mais avançadas de Interferon, como forma unicamente viável, face às conquistas atuais da medicina acerca da severa enfermidade aqui considerada, de se evitar o agravamento da doença da qual o impetrante padece.

A patologia de que o Autor é portador, sobre estar comprovada com os resultados dos exames a que se submeteu (inclusive biópsia) e ora anexos por cópias reprográficas autenticadas, é daquelas que, segundo lhe foi informado pelo profissional médico que o assiste, exigirá um acompanhamento médico constante, vez que o vírus poderá ceder à medicação e, tempos após, retornar.

São gravíssimas, portanto, as condições de saúde que afligem o impetrante.

A hepatite crônica do tipo "C", se não combatida com eficácia, pode provocar a cirrose e risco de carcinoma hepatocelular. "Um longo período de hepatite crônica, com graus variáveis de fibrose observados na biópsia hepática que antecede a evolução para a

cirrose, permite nestes casos uma intervenção terapêutica. Mesmo naqueles com cirroses constituída, clinicamente compensada, o tratamento esta indicado, pois, quando há sucesso, previne-se a descompensação e a evolução para o câncer no fígado” (Livro: “Gastroenterologia – Hepatites”. RJ, 2001, Dr. HENRIQUE SERGIO MORAES COELHO. Edição da Sociedade de Gastroenterologia do Rio de Janeiro, p. 195).

ATENÇÃO. INCLUIR ISTO SÓ PARA RE-TRATAMENTO:

Durante o ano de o impetrante já utilizou, para combate à epigrafada enfermidade, o medicamento Interferon alfa recombinante com Ribavirina, ambos com distribuição normatizada pela Portaria 639 do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial de 29 de Junho de 2000 operacionalizado pelo sistema único de saúde – SUS.

Conforme comprova o requerimento anexo (Documento ...) e o receituário carimbado pelo SUS (Documento ...), esse remédio foi fornecido gratuitamente pelo SUS.

Ocorre que a moléstia não foi contida e o vírus continua ativo conforme comprova o exame PCR Quantitativo (Carga Viral), realizado em .../.../200..., anexo (Documento ...), o Impetrante está com uma carga viral de XX.XXX.XXX ull/m., que é considerada preocupante pelos especialistas.

Também em .../.../..... foi feito o exame de genotipagem do vírus (Documento ...), descobrindo que o vírus inoculado no Impetrante é do Genótipo tipo

Diante da atividade do vírus o impetrante realizou diversos exames que comprovam o avanço da moléstia e a degradação do fígado chegando ao estado de dano hepático em grau XX, conforme demonstram os exames:

- Revisão Histopatológica (Biópsia do fígado) (Documento ...)*
- Ultra-sonografia do Abdômen (Documento ...)*

O médico do impetrante, Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Hepatologista e Médico do Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, prescreveu ao impetrante o tratamento com Interferon Peguilado alfa 2 a ou alfa 2 b, associado a Ribavirina, (Documento ...) e emitiu uma declaração (Documento ...) onde ratifica que:

Atenção: COLOCAR OS TERMOS DO PARECER MÉDICO QUE RECOMENDA O TRATAMENTO

Importantes avanços no tratamento aconteceram desde a publicação da antiga Portaria 639 de 23 de junho de 2000, principalmente na modificação da molécula do interferon alfa, o qual, agregado a uma molécula de polietilenoglicol – processo chamado de peguilação –, alcançou uma enorme melhora no tratamento dos portadores de hepatite C.

Ante estes avanços indiscutíveis, o Ministério da Saúde normatizou o protocolo de tratamento, substituindo a portaria 639 mediante a Portaria 863 de 12 de novembro de 2002, disponibilizando, gratuitamente, para pacientes virgens de tratamento o medicamento Interferon Peguilado, reconhecendo a superioridade do Interferon Peguilado no tratamento da doença, porém, odiosamente não contemplando os pacientes **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico:** (que precisam do re-tratamento por não ter conseguido sucesso na terapia com o Interferon convencional) (portadores dos genótipos 2 ou 3 do vírus da hepatite C).

O médico do impetrante, Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Hepatologista e Médico do Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, prescreveu ao impetrante o tratamento com Interferon Peguilado alfa 2 a ou alfa 2 b, associado a Ribavirina, (Documento ...) e emitiu uma declaração (Documento ...) onde ratifica que: **COLOCAR OS TERMOS DO PARECER MÉDICO QUE RECOMENDA O TRATAMENTO**

Daí a necessidade do consumo do Interferon Peguilado em substituição ao Interferon convencional, no tratamento acima normatizado, como alternativa última de se evitar os agravos da moléstia e a consumição da vida do paciente.

Ocorre que tal medicamento é por demais caro para as modestas posses do impetrante, o qual precisaria dispor de mais de R\$. 4.000,00 (QUATRO MIL REAIS) mensais para a aquisição do mesmo.

A dose semanal da qual necessita, conforme o fabricante, é de 180 mcg., do Interferon Peguilado Alfa-2a, na marca comercial

Pegasys, fabricado por Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A., tendo o preço de R\$.: por dose semanal, conforme orçamento anexo (documento 4), implicando um gasto mensal de R\$.: ou R\$.: no período considerado de (24 ou 48 coloque o tempo certo) semanas num tratamento com prazo indefinido para se findar, ou, na dosagem semanal de mcg., do Interferon Peguilado Alfa-2b, na marca comercial Peg-Intron, fabricado por Indústria Química e Farmacêutica Schering-Plough S.A., tendo o preço de R\$.: por dose semanal, conforme orçamento anexo (documento 4), implicando um gasto mensal de R\$.: ou R\$.: no período considerado de (24 ou 48 coloque o tempo certo) semanas num tratamento com prazo indefinido para se findar, ambas fornecedoras do medicamento referido.

O custo anual deste medicamento representa uma quantia absolutamente insuplantável, para quem, como o impetrante, angaria, como(coloque aqui sua profissão).... a insignificante soma de R\$.: mensais, totalmente necessários para seu sustento e o da sua família.

Nas condições econômicas mais que debilitadas do impetrante, o acesso ao medicamento Interferon Peguilado, que lhe garantiria a preservação da vida, se mostra absolutamente impossível.

É necessário um acompanhamento médico constante; a doença é daquelas que exige medicamentos de uso contínuo e por tempo até mesmo indeterminado, tendo em vista a possibilidade de retorno do vírus.

De qualquer modo, a previsão para o uso da medicação, no estágio atual da patologia, é variável pelo período de 24 a 48 semanas, tudo conforme estipulado pela Portaria 863 do Ministério da Saúde (Documento 3), dependendo da resposta clínica e bioquímica do tratamento.

E, por não ter condições financeiras de adquirir a medicação de que necessita, como o demonstrado, é que não resta ao Autor outra alternativa que a de vir propor a presente ação.

O Autor quer esclarecer, e desde logo, que não formulou administrativamente o pedido que será feito através desta ação,

vez que, pelo que foi informado, sendo de público conhecimento, a Ré vem se negando, e sistematicamente, ao fornecimento deste medicamento, sob o argumento, entre outros, de não ter verbas orçamentárias para tanto, ou, alegando de forma errônea, ou tentando confundir o cidadão, de não constar à indicação do referido medicamento da Portaria 863 para casos de **ATENÇÃO**. Coloque seu caso específico: (re-tratamento) (genótipos 2 e 3), apesar de ser um medicamento licenciado no Brasil pelo próprio Ministério da Saúde, indicado pelo próprio Ministério da Saúde para o tratamento da doença, a venda nas farmácias, protraindo no tempo e nos recônditos do sistema burocrático da administração da saúde, a concretização da promessa constitucional que o Estado deveria prover e garantir ao solicitante o inalienável direito à vida.

Assim, negado o fornecimento do remédio Interferon Peguilado ao Impetrante, não restou outra solução senão socorrer-se do Judiciário impetrando o Presente Mandato de Segurança para poder dar continuidade ao tratamento.

O DIREITO

A manutenção da saúde e, conseqüentemente da própria vida, é direito líquido e certo do Autor, qual seja o seu direito à saúde, e, conseqüentemente, à própria vida.

Sobre ser direito inerente a todo ser humano, portanto, natural, inalienável, irrenunciável, e impostergável, sua inviolabilidade está garantida pela nossa Constituição Federal, através do seu art. 5º, "caput" e 6º, que se transcreve, em parte: "Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida" (nossos os grifos). "Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde..."

Da relevância desse direito, que há de ser preservado em quaisquer circunstâncias, parece ao Autor ser desnecessário tecer maiores considerações.

É intuitivo e instintivo. A responsabilidade da Ré, quanto ao fornecimento da medicação, está disposta nos arts. 6º, I, letra "d", e art. 7º, II, da Lei 8.080 de 19.09.90, esta editada em atendimento ao comando dos arts. 196 e segs. da Constituição

Federal, que repassou para os Municípios a direção e organização do sistema de saúde, através do denominado SUS (Sistema Único de Saúde), o que foi feito pelo art. 9º, III, da Lei 8.080/90.

Prescrevem os mencionados artigos: "Art. 196 da C.F. - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." "Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo....." "Art. 9º, da Lei 8.080/90 - A direção do Sistema Único de Saúde – SUS - é única, de acordo com o inciso I, do art. 198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente." Art. 7º, da Lei 8.080/90 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS - são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; "" Art. 6º, da Lei 8.080/90 - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS: I - a execução de ações: d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Pela transcrição dos artigos acima se verifica que a responsabilidade pelo fornecimento da medicação que o Autor necessita é, efetivamente, da Ré, vez que é dela a obrigação de adotar os meios necessários às "ações e serviços para promoção, proteção e recuperação" da saúde (Art. 198, da CF, e 9º, III, da Lei 8.080/90), prestando "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" (Art. 6º, I, letra "d", da Lei 8.080/90), sendo a "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais.... exigidos para cada caso..." (Art. 7º, II, da Lei 8.080/90), não lhe sendo lícito, portanto, permanecer na negativa, prática que, até mesmo, considerando a condição de médico de seu Presidente, se constitui em verdadeiro

ilícito penal, qual seja a omissão de socorro, tipificada pelo art. 135 do Código Penal.

E que esta responsabilidade é, efetivamente, da Ré, dúvidas não podem existir face os termos da Lei que assim prescreve: "Passarão à gestão dos Estados todos os Órgãos da área de saúde que integram a atual estrutura administrativa operacional da Saúde."

O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - CDC. Lei Ordinária nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, Promulgação em 11/09/1990 - Publicação no DOU DE 12/09/1990.

Art. 22. Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos.

Parágrafo único. Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste Código.

Reconhece a Ré a sua responsabilidade no texto da Portaria 863 do Ministério da Saúde (Documento 3) publicada no Diário Oficial de 12 de novembro de 2002, onde na própria introdução afirma e reconhece que "O vírus da Hepatite C (HCV) é uma importante causa de cirrose em todo mundo"; "As principais complicações potenciais da infecção crônica pelo vírus C, a longo prazo, são a cirrose, a insuficiência hepática terminal e o carcinoma hepatocelular"; "Uma nova forma de interferon foi desenvolvida, que se chama Interferon Peguilado ou Peginterferon"; "ensaio clínico randomizado aberto de fase 3 realizado por Fried e colaboradores, tendo sido obtido uma taxa de resposta viral sustentada de 56% no grupo associando Interferon Peguilado e Ribavirina, e 44% no grupo associando Interferon convencional e Ribavirina".

No item oitavo da Portaria 863, em relação aos Benefícios Esperados com o Tratamento, informa que com o tratamento são esperados os seguintes benefícios: aumento da expectativa de vida; melhora da qualidade de vida; redução da probabilidade de evolução para insuficiência hepática terminal que necessite de transplante hepático, e, diminuição do risco de transmissão da

doença, afirmando e aceitando que “em todos os portadores de hepatite C” independente do genótipo do vírus, ou nos virgens de tratamento ou casos de re-tratamento, o tratamento do portador sempre consegue benefícios na sua saúde e na sua qualidade de vida, direito este, garantido pela Constituição.

DO PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA DOS EFEITOS DA SENTENÇA

Com fundamento no artigo. 273, I, do Código de Processo Civil, requer, liminarmente, e inaudita altera para a tutela antecipatória dos efeitos da sentença, no sentido de determinar à Ré que forneça ao Autor, num prazo máximo de 72h (setenta e duas horas), o tratamento determinado na Portaria 863 do Ministério da Saúde publicada em 12 de novembro de 2002, na forma de **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico:(re-tratamento) ou (tratamento para os genótipos 1, 2 ou 3)** com o medicamento Interferon Peguilado.

Considerando que, diante da patologia de que o Autor é portador, poderá haver a necessidade do uso de outros medicamentos que não os que até agora lhe foram prescritos - o que poderá vir a ocorrer até mesmo por conta do avanço da medicina, com o eventual surgimento de novas drogas mais eficazes; que, como o exposto quando do relato dos fatos, o vírus de que é portador poderá retornar a qualquer tempo; que, em ocorrendo qualquer das hipóteses antes enumeradas, o Autor teria que vir novamente a Juízo, com outra medida, de modo a obter o fornecimento de nova medicação ou, até mesmo, desta mesma, ora objeto deste pedido, tudo acabando por vir onerar e sobrecarregar o Judiciário; é que requer que, deferida a liminar ora requerida, nela fique consignado a obrigação da Ré de fornecer todo e qualquer medicamento de que o Autor venha a necessitar, desde que haja prescrição do profissional médico que assiste ao Autor, caso em que, também, o receituário médico lhe será exibido.

O autor preenche todos os requisitos para a concessão deste tipo de tutela.

O requisito genérico, que é a verossimilhança do Direito, o direito à saúde - inalienável e irrenunciável - e o custeio de seu tratamento como obrigação imposta constitucionalmente e

legalmente ao Poder Público, restou sobejamente demonstrado e provado com as razões de fato e de direito expostas.

O requisito específico - juízo de plausibilidade quanto à existência de dano jurídico de difícil ou impossível reparação, também se encontra identificado, e tem lugar no estado de saúde do autor e na necessidade vital do mesmo em fazer uso da medicação indicada ao seu caso - "hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, com infecção viral (RNA positivo) pelo genótipo do tipo **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico:1, 2 ou 3,** e atividade inflamatória com dano histológico confirmado por biópsia hepática", cujo **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico:(re-tratamento) ou (tratamento),** se não for seguido rigorosamente trará enormes riscos a sua saúde - risco, inclusive, de fibrose ou cirrose no fígado, (patologia que provoca o endurecimento daquele órgão, sem possibilidade de recuperação) com paralisação de suas funções, que podem lhe ser fatais, tratamento esse que, pelo seu alto custo financeiro, lhe é inacessível, o que ficou sobejamente demonstrado e provado.

DO AMPARO

Como explicita CARLOS VARALDO, a hepatite c "é uma doença do fígado adquirida pelo contato com sangue contaminado ou outros fluidos corporais infetados. É causada pelo vírus HCV, conhecido anteriormente como vírus não A/não B. Foi descoberta recentemente (1989) e sua forma de atuar ainda é conhecida por um reduzido número de médicos" (Livro "Convivendo com a hepatite C", RJ, 2000, edição do autor, p.11).

Conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS, a prevalência da hepatite C no mundo, publicada no Weekly Epidemiological Record, número 3, 2000, 75, 17-28, página 3, aproximadamente 200 milhões de pessoas estão contaminadas, o que torna a hepatite C a maior epidemia da história da humanidade. A prevalência no Brasil, conforme a OMS, situa-se entre 2,5 e 4,9% da população.

Do Dr. ADÁVIO DE OLIVEIRA SILVA "cerca de 33% dos portadores crônicos do vírus da hepatite C progridem rapidamente

para cirrose, em menos de 20 anos de infecção” (Livro “Hepatite Viral C”, SP, 2000, Pizarro Farmacêutica Ltda.).

A evolução da doença leva à perda das funções hepáticas, quando somente um transplante possibilita a sobrevivência do paciente, não significando a cura da doença. “O transplante hepático é a única alternativa de restaurar a função normal nos pacientes com doença hepática grave” (p. 331); “No Brasil, como o transplante hepático ainda é realizado em poucos centros, e a disponibilidade de órgãos ainda é um problema importante” (p. 332) (Livro, “Emergências em Gastroenterologia”, RJ, 2001, Dr. J. GALVÃO ALVES, presidente da sociedade de Gastroenterologia do Rio de Janeiro, Editora Livraria Rubio).

Conforme os conceituados autores acima se observa que a enfermidade é extremamente letal. Em 85% dos casos torna-se crônica, como, infelizmente ocorre com o ora impetrante, podendo evoluir para a cirrose ou câncer hepático, caso não seja debelada de forma eficaz.

Saliente-se que a doença hepática crônica e a cirrose representam a quinta causa de óbito para pacientes do sexo masculino na faixa etária de 44 a 64 anos, sendo responsável por 44 mil óbitos/ano, apenas no Estado de São Paulo, segundo o DATA-SUS do Ministério da Saúde.

Podemos citar as recomendações do CDC – Centro de Controle de Doenças, Órgão oficial do Governo Americano para tratamento standard da população americana são as seguintes: “A terapia da hepatite C evoluiu continuamente desde que o Interferon foi autorizado dez anos atrás. Na atualidade, o regime de tratamento ótimo parece ser de 24 ou 48 semanas usando a combinação de Interferon Peguilado e Ribavirina”.

Ainda, podemos citar as recomendações de consenso do NIH – Instituto Nacional da Saúde, Órgão oficial do Governo Americano, de 27 de agosto de 2002: “Os melhores resultados na terapia da hepatite C são obtidos ao ser usada a combinação de Interferon Peguilado e Ribavirina”.

O Interferon é uma proteína do próprio corpo que atua contra as infecções por vírus e tem atividade antiviral natural. A forma

comercial de interferon recombinante existe em várias formulações, atualmente na forma peguilada (alfa-2a, alfa-2b, interferon de consenso), e está aprovada internacionalmente como terapia para tratar a hepatite C em qualquer curso da doença, inclusive nos casos de re-tratamento.

As formas convencionais de interferon, porém, estão sendo substituídas pelos interferons peguilados (peginterferons). Peginterferon é o interferon que foi modificado quimicamente pela adição de uma molécula inerte de polietilenoglicol. A peguilação muda a absorção, distribuição e excreção do interferon, prolongando o seu tempo de ação no organismo. Peginterferon pode ser aplicado uma vez por semana e provê um nível constante de interferon no sangue, enquanto que o interferon convencional deve ser aplicado em três doses por semana, o que provoca uma flutuação do nível da droga no organismo.

Porém, o mais importante é que o peginterferon é mais ativo do que o interferon convencional inibindo o HCV e apresentando taxas de resposta contínuas mais altas com efeitos colaterais semelhantes. Por causa de sua facilidade de administração e eficácia melhor, o peginterferon tem substituído o interferon convencional tanto na monoterapia como também na terapia de combinação com a Ribavirina no tratamento da hepatite C.

As recomendações do Governo Norte-Americano estão baseadas nos estudos do *National Digestive Diseases Information Clearinghouse* (NDDIC) que é o Centro Coordenador Nacional de Informação sobre Doenças Digestivas, um serviço do Instituto Nacional da Diabetes e das Doenças Digestivas e do Rim (NIDDK). O NIDDK é parte dos Institutos Nacionais da Saúde, e depende do Departamento da Saúde e Serviços Humanos dos EE.UU - <http://www.niddk.nih.gov/index.htm>

Como explicita o Dr. Henrique Sérgio Moraes Coelho “Estudos recentes com Interferon Peguilado associado a Ribavirina apresentaram excelentes resultados no tratamento, chegando a 48% de resposta sustentada para o genótipo 1 e 88% para os genótipos 2 e 3” e ainda, “É possível que, a curto prazo, com a utilização do Interferon Peguilado consigamos erradicar a infecção em torno de 60% dos pacientes” (Livro “Gastroenterologia”, editado pela Sociedade de Gastroenterologia do Rio de Janeiro, Editora Livraria Rubio, 2001)

Conforme estudo que se encontra publicado na edição de maio de 2002 da conceituada revista científica *Gastroenterology*, a fibrose e a cirrose provocadas pela hepatite C não são irreversíveis como se acreditava, podendo regredir com o tratamento combinado de Ribavirina e Interferon Peguilado, conforme um estudo da equipe do Dr. Thierry Poynard do Hospital Pitié-Salpêtrier, de Paris, realizado em mais de 3.000 pacientes com hepatite C, que seguiam distintos tratamentos com Ribavirina (retroviral) combinada com o Interferon (antiviral e modulador das defesas imunes).

Como primeiro resultado observado, o avanço da fibrose apresentada no fígado foi detido no seu avanço ou apresentou melhoras histológicas durante o tratamento. Os melhores resultados, com até 73 % de respostas positivas, se obtiveram com a combinação de Ribavirina e Interferon Peguilado.

"O que realmente nos surpreendeu foi o índice de regressão na cirrose, quase na metade de 153 doentes", indica Poynard, acrescentando, ainda, que os pacientes que apresentam elevado dano hepático causado pela hepatite C, também podem ser submetidos a este tratamento.

Outro estudo realizado pelo Dr. Stanislas Pol, do Hospital Necker, também de Paris, confirma que os pacientes que respondem ao tratamento, a cirrose causada pelas hepatites A ou B como a associada à doença auto-imune, regredem em 30% dos casos em que o tratamento obtém êxito.

O estudo do conceituado Dr. Poynard em relação à hepatite C, confirmando os conseguidos pelo Dr. Pol nas hepatites A e B, traz uma nova esperança para todos aqueles que já desenvolveram um dano hepático preocupante, ou chegaram a uma cirrose. Podemos ter a esperança de que não necessariamente será necessário um transplante de fígado ou a condenação a uma morte inevitável.

Por influxo desse calamitoso quadro epidêmico, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria número 863, publicada no Diário Oficial de 12 de novembro de 2002, não só reconhecendo oficialmente a gravidade da situação adstrita à propagação dessa moléstia e à severidade da sua evolução clínica, como regulamentando a

distribuição em massa, aos portadores da considerada anomalia, da combinação dos medicamentos com a denominação genérica de Interferon, Interferon Peguilado e Ribavirina, incluindo-os na listagem de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, excluindo, porém, **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico: os pacientes (que necessitam ser retratados) ou (os portadores dos genótipos 2 ou 3).**

Ainda, reconhecendo o grave problema de saúde, com risco de vida e perda da sua capacidade produtiva, que enfrenta o paciente com o vírus ativo, no último dia 23 de agosto de 2001, os Ministros da Saúde, Dr. José Serra, e da Previdência a Assistência Social, Dr. Roberto Brant, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal de 1988, e tendo em vista o inciso II do art. 26 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e o inciso III do art. 30 do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, assinaram conjuntamente a PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.998, excluindo a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social – RGPS para os portadores de hepatopatia grave.

Aqui é válido esclarecer que o impetrante preenche todos os requisitos previstos na aludida portaria ministerial para requerer o fornecimento, gratuito, do enfocado medicamento, **ATENÇÃO. Coloque seu caso específico:(exceto ser virgem de tratamento) ou (exceto ser portador do genótipo 2 ou 3),** apresentando, acostados, não só a comprovação laboratorial da genotipagem determinante do vírus como provendo todas as cautelas insertas no protocolo clínico veiculado em meio à dita portaria (documentos anexos), tendo, ainda, sido recomendado a utilização do Interferon Peguilado por médico altamente conceituado no tratamento da patologia, profissional amplamente ciente do fato de que o impetrante atende a todas as exigências clínicas embutidas na norma em teste-la.

Assentadas tais premissas, ressuma patente a ilegalidade que reveste a recusa da Secretaria da Saúde em possibilitar ao impetrante o acesso ao medicamento solicitado calçada na estéril argumentação de ser o sobredito remédio “de não ter verbas orçamentárias para tanto, ou de não constar a indicação para

ATENÇÃO. *Coloque seu caso específico: (re-tratamento) ou (genótipo 2 ou 3) com o referido medicamento da Portaria 863”.*

Portanto, a alegação que embasa a recusa do Estado em fornecer ao impetrante o Interferon na forma de Peguilado não passa de mais um neoliberal e anti-social subterfúgio, visando esquivar a administração da saúde de suas obrigações constitucionais de garantir, aos hipossuficientes, o direito tão comezinho como o de simplesmente existir.

Talvez por caracterizar atividade por demais dispendiosa, mercê das diretrizes recessivas e inumanas impostas ao país pelos arautos dos FMI's da vida, que nossos neo-liberais governantes não divulguem, como deveriam fazer, a par da relevância que deveria informar os cargos que ocupam, a situação tão grave forcejada da epidemia de hepatite C, que grassa pelas bases de nossa depauperada população.

Do ponto de vista neo-liberal, é compreensível que a ampla divulgação da recôndita e tão relevante Portaria 863 do Ministério da Saúde seja reprimida, para se evitar, nos balancetes vistoriados pelos credores internacionais – verdadeiros destinatários dos rumos desta nação – despesas *inoportunas* como essas, ou pior ainda, da dificuldade que encontram os cidadãos de conseguir na rede pública de saúde a realização do simples teste de detecção da hepatite C, que tenderiam, se fossem efetivamente concretizadas, a primar pelo esteio da vida humana em detrimento de imperativos econômicos que só a eles interessam.

Conforme recente decisão do Presidente do Superior Tribunal de Justiça – STJ – para tratamento de uma doente com distrofia muscular, negou o recurso da União, que alegava ser o tratamento experimental, não havendo certeza de êxito. Em seu despacho o Ministro afirmou que o tratamento, além de poder estagnar a doença e “garantir uma melhor qualidade de vida à paciente” tem um custo cujo potencial não é “suficiente a causar danos a todo o sistema de saúde”.

Todavia, existem direitos básicos, garantidos em nosso texto constitucional, após reprodução interna de disposições encontradas em tratados internacionais de direito público, que ordenam a atuação dos gestores governamentais na direção

convergente à manutenção daquela dignidade humana tantas vezes trucidada pelas omissões e atos estatais.

Exemplo disso podemos extrair logo no art. 1º da Constituição desta República, cujo inciso III, proclama como um dos seus fundamentos a materialização da dignidade humana, constituindo objetivos fundamentais desta nação, segundo o subsequente art. 3º da mesma Carta Política, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária (inciso I); bem como, dentre outros escopos, a erradicação da pobreza, da marginalização, a redução das desigualdades sociais (inciso III), com a promoção do bem de TODOS, sem quaisquer discriminação. (inciso IV).

Estabelecidas tais metas de transformação concreta no meio social, a mesma Constituição, em seu art. 5º, “caput”, garante, entre outros bens igualmente significativos, a inviolabilidade do direito À VIDA e, para tanto, em seu art. 196 disponibiliza instrumento jurídico assaz amplo, ao impor textualmente ao Estado (compreendido aqui em seu sentido lato, incorporando, portanto, todas as suas facetas como a executiva, legislativa e, em especial, a judiciária) o dever impostergável de propiciar a todos os seres vivos nesta pátria o acesso universal do direito à saúde, como consectário lógico do já anteriormente assegurado direito À VIDA.

Toda esta sistematização constitucional tendente a dar concretude aos direitos fundamentais da pessoa humana não pode ser vista como mero acervo de boas intenções, dessas que jamais extrapolam o letargo típico do arcabouço das inutilidades jurídicas concebidas nesta pátria.

Não.

Para evitar que isso ocorra mediante interpretações mais *moderadas* dessa messe de direitos, a própria constituição, logo no parágrafo 1º de seu já mencionado art. 5º proclama que esses direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

Nesse contexto, ainda que na ótica dos neo-liberais gestores o direito à vida, outorgado à população, se assemelhe a um mero detalhe, quase que imperceptível frente ao ofuscamento que lhes impregna os olhos a marcha *globalizante*, tal direito, ainda que por demais comezinho, encontra-se amplamente guardado em

meio ao texto constitucional para propiciar sua efetiva tutela quando, como *in casu*, encontre-se ameaçado pelas negligências governamentais em respeitá-lo.

E o instrumento processual, corporificado neste *writ*, se afigura como meio apto a assegurar a tutela jurisdicional almejada.

Membros do STJ e dos TJ dos Estados, inspirados pelos proclamas libertários difundidos ao longo do texto constitucional, em caso análogo ao presente, já se expressaram acerca do tema, veiculando esta mais do que acertada e óbvia orientação:

STJ - CONSTITUCIONAL – RECURSO ORDINÁRIO – MANDADO DE SEGURANÇA OBJETIVANDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO POR ENTE PÚBLICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA GRAVE – ILEGALIDADE DA AUTORIDADE COATORA NA EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE FORMALIDADE BUROCRÁTICA – Recurso ordinário provido para o fim de compelir o ente público (Estado do Paraná) a fornecer o medicamento – (STJ, Recurso em Mand. de Segurança n. 11.183/PR (1999/0083884-0), j.22.8.2000, 1ª Turma, rel. Min. JOSÉ DELGADO.

Ainda na esteira de precedentes judiciais, é oportuno consignar os seguintes entendimentos estaduais:

Rio de Janeiro - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - PRESERVAÇÃO DA VIDA - PODER PÚBLICO MUNICIPAL - TUTELA ANTECIPADA - AGRAVO DE INSTRUMENTO - PROCESSO CIVIL E CONSTITUCIONAL ANTECIPAÇÃO DA TUTELA PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. POSSIBILIDADE. Fornecimento de medicamentos a paciente em risco de vida e saúde. Verossimilhança presente. Regras constantes dos artigos 196, da CF e 287, da CE, que tornam verossímil a tese autoral, de molde a permitir a antecipação dos efeitos práticos da aguardada decisão final positiva. Decisão interlocutória incensurável. Improvimento do recurso. Unânime. Tipo da Ação: AGRAVO DE INSTRUMENTO - Número do Processo: 2000.002.11367 - Data de Registro : 28/05/2001 - Órgão Julgador: TERCEIRA CÂMARA CÍVEL - Votação : DES. MURILO ANDRADE DE CARVALHO - Julgado em 22/03/2001

Rio de Janeiro - OBRIGAÇÃO DE DAR COISA CERTA -

FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. - GARANTIA CONSTITUCIONAL - ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA - SUCUMBÊNCIA DIREITO DE ISENÇÃO - ORDINÁRIA OBRIGAÇÃO DE DAR COISA CERTA CERTUM CORPUS - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO POR PARTE DO ESTADO A QUEM NECESSITA E NÃO PODE SE ACESSAR AO MESMO, OU POR DIFICULDADE, JÁ QUE IMPORTADO, OU PELO PREÇO, MORMENTE SE TRATANDO DE PESSOA DE PARCOS RECURSOS FINANCEIROS NO QUE DEVE SER SUPORTADO PELO ESTADO QUE INTEGRA O "SUS". DE OUTRO MODO DEVE SER EXTIRPADA A SUCUMBÊNCIA EM VISTA DE SER O APELADO BENEFICIÁRIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA. Provimento em parte do recurso para afastar a sucumbência, e, em reexame modificar em tal parte a sentença. - Tipo da Ação: APELAÇÃO CÍVEL - Número do Processo: 2000.001.12976 - Data de Registro : 30/05/2001 - Órgão Julgador: DÉCIMA SEGUNDA CÂMARA CÍVEL Votação : DES. ANTONIO FELIPE NEVES - Julgado em 06/03/2001

Rio de Janeiro - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - PRESERVAÇÃO DA VIDA - DOENÇA GRAVE - AÇÃO PROPOSTA CONTRA O MUNICÍPIO - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA - TUTELA ANTECIPADA - DEFERIMENTO - AGRAVO DE INSTRUMENTO - RECURSO DESPROVIDO - Agravo. Antecipação de tutela. Fornecimento de medicamento, pelo Município, a doente portador de doença grave, incurável, não dispondo de recurso. Responsabilidade solidária do Município, que não se pode afastar. Desprovimento do recurso. Ao Município, como um dos entes federativos, no panorama constitucional brasileiro, compete, entre outros, e conjuntamente com as demais pessoas jurídicas que compõem o pacto federativo, zelar pelo respeito ao direito à vida e à saúde, direitos esses constitucionalmente assegurados, cabendo-lhe, inclusive, e para o desempenho dessa tarefa, o fornecimento de remédios àqueles portadores de doenças crônicas, graves incuráveis e que levam à morte se não receberem o tratamento correto e indispensável. Tipo da Ação: AGRAVO DE INSTRUMENTO - Número do Processo: 2000.002.05903 - Data de Registro : 22/03/2001 - Órgão Julgador: DÉCIMA TERCEIRA CÂMARA CÍVEL - Votação : DES. AZEVEDO PINTO - Julgado em 11/01/2001

Rio Grande do Sul - RECURSO: AGRAVO DE INSTRUMENTO - NÚMERO: 70001489657 - RELATOR: WELLINGTON PACHECO BARROS - EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. SAÚDE PÚBLICA. HEPATITE C. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS (RIBAVIRINA 250 MG E INTERFERON ALFA). AÇÃO ORDINÁRIA C/C PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. Deferimento na origem. Manutenção em grau recursal. Não-provimento. E concebido que a saúde pública e obrigação do estado em abstrato, desimportando qual a esfera de poder que, efetivamente, a cumpre, pois a sociedade que contribui e tudo paga, indistintamente, ao ente público que lhe exige tributos cada vez mais crescentes, em todas e quaisquer esferas de poder estatal, sem que a cada qual seja especificada a destinação desses recursos. Portanto, o indeferimento da tutela causaria dano ao agravante, pondo em risco a sua vida. AGRAVO DE INSTRUMENTO NÃO PROVIDO. (AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 70001489657, QUARTA CÂMARA CÍVEL, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RS, RELATOR: DES. WELLINGTON PACHECO BARROS, JULGADO EM 29/11/2000) TRIBUNAL: TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RS - DATA DE JULGAMENTO: 29/11/2000 - ÓRGÃO JULGADOR: QUARTA CÂMARA CÍVEL - SEÇÃO: CÍVEL

Rio Grande do Sul - ASSUNTO: FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS - RECURSO: APELAÇÃO CÍVEL - NÚMERO: 70001086073 - RELATOR: NELSON ANTONIO MONTEIRO PACHECO - EMENTA: DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO - FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO A PACIENTE PORTADORA DE HEPATITE "C" CRÔNICA E SEM RECURSOS PARA SUA AQUISIÇÃO - Direito à saúde e à vida que é dever do estado como afirmado na sentença - preliminares de nulidade da sentença e de carência rejeitadas - explicitação da sentença para adequá-la aos limites do pedido inicial. APELAÇÃO IMPROVIDA. SENTENÇA CONFIRMADA E EXPLICITADA EM REEXAME. (12FLS) (APC Nº 70001086073, TERCEIRA CÂMARA CÍVEL, TJRS, RELATOR: DES. NELSON ANTONIO MONTEIRO PACHECO, JULGADO EM 03/08/2000) - TRIBUNAL: TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RS - DATA DE JULGAMENTO: 03/08/2000 - ÓRGÃO JULGADOR: TERCEIRA

CÂMARA CÍVEL - COMARCA DE ORIGEM: PORTO ALEGRE -
SEÇÃO: CÍVEL

São Paulo - Fornecimento de PEG-INTRON (Interferon Peguilado) - Nº do Proc. 001.0219.000.568 / 01 - FÓRUM de Santos - Liberação da Importação: LI - 01/0810678-8 - Declaração da Importação : 01/0845112-1 - SEC. do Estado de Saúde - Assessoria de Com. Exterior - Dr.^a Fuvia M.^a Martinelli - Local de Instalação e Armazenamento DIR Baixada Santista - A primeira caixa com 04 doses foram entregues pelo M.Saúde em um setor do Hospital das Clínicas em S.Paulo.

Rondônia - DOENÇA GRAVE. MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO. IMPOSSIBILIDADE FINANCEIRA PARA A COMPRA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. A vida e a saúde são direitos assegurados pela Lei Maior, e cabe ao Estado, como garantidor destes, proporcionar a todos os cidadãos o seu completo desfrute. Destarte, estando o indivíduo acometido de doença grave que poderá levá-lo a óbito, e sendo de valor elevado a medicação indicada, o Poder Executivo deve arcar com o custo de seu tratamento." Decisão: Como consta da ata de julgamentos, a decisão foi a seguinte: "SEGURANÇA CONCEDIDA. UNÂNIME." Presidente o Excelentíssimo Desembargador Renato Mimessi. Relator o Excelentíssimo Desembargador Valter de Oliveira. Tomaram parte no julgamento os Excelentíssimos Desembargadores Valter de Oliveira, Sebastião T. Chaves, Sérgio Lima, Cássio Rodolfo Sbarzi Guedes, José Pedro do Couto, Roosevelt Queiroz Costa, Dimas Fonseca, Eurico Montenegro, Antônio Cândido e Eliseu Fernandes de Souza. Ausentes justificadamente os Desembargadores Zelite Andrade Carneiro e Gabriel M. de Carvalho. Data: Porto Velho, 18/12/2000 - Bel. Jucélio Scheffmacher de Souza - Diretor do Departamento Judiciário Pleno 18/12/2000 - TRIBUNAL PLENO - 00.003264-6 Mandado de Segurança - Impetrante: Gilberto de Souza Silva e outros Impetrado: Secretário de Estado da Saúde de Rondônia - Relator: Desembargador Valter de Oliveira - Acórdão: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Desembargadores do Tribunal Pleno do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, na conformidade da ata de julgamentos e das notas taquigráficas, em CONCEDER A SEGURANÇA, A UNANIMIDADE.

São Paulo - CONSTITUCIONAL - DIREITO À VIDA - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS - PORTADOR DE HEPATITE CRÔNICA ATIVA POR VÍRUS - POSSIBILIDADE - 1. Legitima-se o estado do Rio Grande do Sul, passivamente, em demanda em que alguém pleiteia o fornecimento de medicamentos, pois se obrigou a semelhante prestação, nos termos do art. 1ª da Lei nº 9.908/93. Preliminar de nulidade de citação afastada, ante o ingresso do estado nos autos. Preliminares rejeitadas. 2. O direito à vida (CF/88, art. 196), que é de todos e dever do estado, exige prestações positivas, e, portanto, se situa dentro da "reserva do possível", ou seja, das disponibilidades orçamentárias. No entanto, é passível de sanção a ausência de qualquer prestação, ou seja, a negativa genérica a fornecer medicamentos. 3. Agravo desprovido. (TJRS - AI 599083508 - RS - 4ª C.Cív. - Rel. Des. Araken De Assis - J. 31.03.1999) - Acórdão: AI 133.677-4 - Comarca: São Paulo - Relator: Juiz Rodrigues de Carvalho - Câmara: 5ª CDPriv -

São Paulo - TUTELA ANTECIPADA - Plano de saúde - Concessão para fins de realização de transplante de fígado, ante a detecção da presença de vírus da hepatite C - Verossimilhança das alegações - Existência de evidência do direito, urgência e prova inequívoca - Perigo de irreversibilidade superado ante o interesse em jogo - Decisão mantida - Recurso não provido. (TJSP - AI 133.677-4 - São Paulo - 5ª CDPriv - Rel. Juiz Rodrigues de Carvalho - 11.11.1999 - m.v.)

Rondônia - MANDADO DE SEGURANÇA. ATO OMISSIVO. DOENÇA GRAVE. MEDICAMENTOS. ALTO CUSTO. FORNECIMENTO PELO ESTADO. - A garantia do direito à saúde é imposição constitucional a que não pode furtar-se o Estado. Se o necessitado não dispõe de meios para aquisição dos medicamentos essenciais ao tratamento de doença grave (hepatite "C") a que esteja acometido, em razão do elevado custo, é dever intransferível do Estado, fornecer-lhe gratuitamente tais remédios, de forma regular e constante, durante todo o período de tratamento. - 3/4/2000 TRIBUNAL PLENO 00.000052-3 Mandado de Segurança Origem: Tribunal de Justiça Impetrantes: Moacir Gomes do Nascimento e outros - Advogado: Zênia Luciana Cernov de Oliveira (OAB/RO 641) e Hélio Vieira da Costa (OAB/RO 640) - Impetrado: Secretário de Estado da Saúde de Rondônia - Relator: Desembargador Antônio Cândido Acórdão: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os

Desembargadores do Tribunal Pleno do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, na conformidade da ata de julgamentos e das notas taquigráficas, em CONCEDER A ORDEM, À UNANIMIDADE. Data:Porto Velho, 3/04/2000 - Acórdão: AI 599083508 - Relator: Des.Araken De Assis - 4ª C.Cív. : J. 31/03/1999

Abstraindo-se do ideário – sempre lastimavelmente afrontado – que medeia todo o ordenamento constitucional, e retornando à realidade que circunda a vivência do postulante, carente de recursos para adquirir o medicamento delineado pelo profissional que lhe assiste, e se o impetrante sobreviver à todas as vicissitudes defluentes do descaso Estatal para com tema tão relevante como o inerente a salvaguarda de sua vida, nos defrontamos, então, com ele vivo, porém membro de um clã de desterrados pela sorte de misérias derivadas da desastrosa atuação do Poder Público no esquecido campo das necessidades sociais.

Todavia, conforme explanado ao longo deste arrazoado, toda essa compungência pode ser evitada através do provimento da tutela mandamental aqui postulada.

Por isso, passemos então à formulação.....

DO PEDIDO

Diante da relevância dos fundamentos da demanda, bem como do receio da consumação de prejuízos irreparáveis à esfera da saúde do impetrante REQUER A CONCESSÃO LIMINAR DA SEGURANÇA PLEITEADA, a fim de ordenar ao impetrado a dispensação ao postulante do tratamento com o medicamento denominado Interferon Peguilado Alfa-2a, ou, Alfa-2b, por tempo indeterminado e de maneira ininterrupta, enquanto perdurar a necessidade de sua ingestão, garantindo-se, ainda, o fornecimento do produto do mesmo fabricante durante toda a duração do tratamento, cumprindo-se, também, os outros itens da Portaria 863 de 12 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, como única forma de garantir-lhe o direito à vida;

O Autor, por ser carente de recursos, nos termos da Lei 1060/50, requer que lhe seja deferida a gratuidade provisória da justiça, juntando, desde logo, a declaração de carência bem como o comprovante de seus rendimentos, tudo de modo a deixar indubitado que não dispõe de recursos financeiros, seja para arcar com o custo dos medicamentos, seja para arcar com despesas de custas processuais.

Requer que a comunicação de concessão da tutela seja feita aos representantes legais dos Réus, imediatamente, e em caráter de urgência, face os riscos aos quais está exposto pela falta da medicação.

Requer a citação dos Réus, na pessoa de seu representante legal, notificada junto a Secretaria Estadual da Saúde, sita à Rua, cidade de Capital, junto e solidariamente com a Secretaria Municipal da Saúde, sita à Rua, cidade de para cumprí-la, por um dos Réus, indistintamente, de forma solidária, que não se pode afastar, querendo, vir responder aos termos da presente, advertindo-se o das conseqüências da revelia. Requer, por último, que, ouvido o Ministério Público, seja o pedido julgado procedente, em todos os seus termos, condenada a Ré ao fornecimento dos medicamentos de que o Autor necessita, sejam aqueles específicos, indicados nesta inicial, sejam outros também indicados ao seu tratamento, e que lhe venham a ser prescritos por seu médico, e, tudo, por prazo indeterminado e até quando deles necessitar, ou quando deles necessitar, e, sempre, nas quantidades que forem as prescritas pelo profissional médico que o assiste.

Requer ainda condenar o Impetrado, nos termos do artigo 11 da Lei 7.347/95, ao pagamento de multa em favor do impetrante no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) por dia de atraso no fornecimento do medicamento referido.

Requer que seja a Ré condenada ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes em percentual que, por V. Exa. forem arbitrados. Para os fins do art. 39, I, do C.P.C., declara que o endereço de sua patrona é o da rua, nesta cidade de, Estado do

Que uma vez processado, seja JULGADO PROCEDENTE O PEDIDO, declarando-se a inconstitucionalidade da recusa do fornecimento do epigrafado medicamento ao impetrante, tornando-se, assim, definitivos os efeitos da liminar anteriormente outorgada.

A intervenção do Ministério Público para os termos da ação.

Atribui-se à causa o valor estimativo de R\$100,00 (cem reais).

Pede deferimento.,
de

nome e assinatura do advogado ou do Defensor Público -
OAB-xx.xxx

Use este modelo como base para impetrar o pedido de Liminar.
Imprima e mostre a seu médico para que o mesmo realize o pedido do medicamento e os laudos correspondentes informando da necessidade imediata de re-tratamento.

Procure um escritório de advocacia gratuita na faculdade de direito, ou a Defensoria Pública, ou o Ministério Público, pois isto pode influenciar favoravelmente, mostrando a carência do paciente. Um advogado particular também poderá ser utilizado, porém algum Juiz poderá interpretar que se existe dinheiro para se pagar um advogado o requerente deve ter dinheiro para pagar o tratamento. Isto não é uma regra, porém poderá acontecer.

Anexe os resultados dos exames, biópsia, receitas, etc.

Após ganhar a liminar, por favor nos envie o número do processo e o fórum outorgante, a fim de termos o maior banco de

jurisprudência possível. - Enviar para Grupo Otimismo pelo e-mail: hepato@hepato.com ou pelo fax: (21) 2549.8809

Permitida a reprodução deste texto na forma impressa ou na internet, tendo a gentileza de indicar como fonte o GRUPO OTIMISMO - WWW.HEPATO.COM (preste atenção: não coloque o **.br** no final)

Documentos que devem ser anexados à petição:

Documento 1: Procuração do Advogado ou do Procurador.

Documento 2: Laudo médico atestando a doença.

Documento 3: Cópia da Portaria 863. Pode ser encontrada na página do Grupo Otimismo, www.hepato.com (preste atenção: não coloque o **.br** no final) na seção LEGISLAÇÃO.

Documento 4: Orçamentos das duas marcas de Interferon Peguilado. Endereços dos fabricantes ou dos revendedores podem ser encontrados na seção ONDE TRATAR da página do Grupo Otimismo.

Documentos 5, 6, e, outros: Documentos, laudo da biópsia e resultados dos exames e pareceres médicos atestando a replicação do vírus, para mostrar que o paciente se enquadra dentro do protocolo da Portaria 863.

Observação: De preferência utilize a justiça gratuita, solicitando os serviços de alguma faculdade de direito ou da defensoria pública ou do Ministério Público, anexando declaração de carência. Alguns juízes podem interpretar que se existem condições de pagar um advogado devem existir recursos para a compra do medicamento.

Atenção: Para não ser contestado, não solicite uma marca comercial. Solicite simplesmente os princípios ativos, colocando: INTERFERON PEGUILADO ALFA 2-a OU ALFA 2-b. Sendo contestado não terá como provar que uma marca comercial é superior à outra.

Capítulo 11

GLOSSÁRIO

A

Abdômen: grande cavidade ou espaço entre o tórax e a pelve na qual estão contidos o estômago, intestino delgado, intestino grosso (cólon), fígado, vesícula biliar e baço.

Abscesso: coleção ou aglomerado localizado de pus.

Absorção: processo no qual os nutrientes alimentares atravessam a barreira intestinal para a circulação sanguínea.

Acetaminofeno: ingrediente existente em certos analgésicos e antitérmicos.

Adenoma: tumor benigno.

Aderência: cicatrização interna que ocorre geralmente após uma cirurgia abdominal.

AgHBs – AgHBc – AgHBe – AgHBx: antígenos do vírus da hepatite B utilizados para avaliação do quadro clínico. Vide descrição na letra H deste glossário.

Agudo: processo rápido ou de curta duração.

Alanine Aminotransferase (ALT)(TGP)(SGPT): enzima produzida pelas células do fígado. São medidos níveis de TGP para monitorar possíveis danos no fígado.

Albumina: proteína encontrada em todos os tecidos animais, produzida no fígado.

Alcoolismo: ato de ingerir bebida alcoólica de maneira crônica, excessiva e compulsiva, que interfere com a vida social e econômica do indivíduo. O álcool afeta particularmente em maior intensidade o sistema nervoso e o sistema digestivo.

Alergia: hipersensibilidade.

Alfa Interferon: uma forma de Interferon produzida no corpo.

Alfafetoproteína (AFP): proteína que pode indicar câncer no fígado.

Alternar: sucessão de duas ou mais ações ou administrações de medicamentos.

Amantadina: medicamento utilizado no Mal de Parkinson, também usado no tratamento da hepatite C.

Aminoácidos: substâncias essenciais que formam as proteínas. São essenciais à vida.

Analgésico: medicamento para controlar a dor.

Anamnésia : ato de lembrar os antecedentes do doente .

Anemia aplástica: formação insuficiente das células do sangue .

Anemia: condição na qual o número de células vermelhas do sangue ou a hemoglobina estão abaixo dos níveis da normalidade.

Anorexia: perda do apetite.

Antecedente: passado do paciente.

Antiácido: medicação que neutraliza os ácidos do estômago.

Anticorpo: substância produzida pelo corpo em resposta a uma infecção e que produz imunidade ao organismo. Um anticorpo específico é produzido contra cada invasor.

Antidepressivo: substância que alivia a depressão.

Antidiarréico: medicações que ajudam a controlar a diarreia.

Antiespasmódico: medicações que diminuem a contractilidade dos músculos intestinais (cólicas), câibras e convulsões.

Antígeno: qualquer substância que o corpo reconhece como estranha e a rejeita, ativando uma resposta imune. Antígenos podem ser de fora do corpo (como toxinas, bactérias, substâncias estranhas) ou de dentro do corpo (como células dos tecido).

Anti-HCV: teste que detecta os anticorpos do vírus da hepatite C, indicando se uma pessoa teve contato com o vírus, também chamado de teste Elisa.

Anti-histamina: substância que combate a ação da histamina.

Anti-infeccioso: que combate a infecção.

Anti-inflamatório: que impede a inflamação.

Antioxidantes: substâncias que tem a propriedade de inibir o processo de oxidação, eliminando os radicais livres no organismo.

Antipiréticos: medicamentos que reduzem febre.

Antiviral ou Antivirótico: que tem a capacidade de destruir os vírus.

Aplicação: administração de um medicamento ou emprego de uma medida física.

Árvore biliar: sistema de canalículos e ductos que drenam a biliar produzida no fígado. No raio X lembram uma árvore.

Ascite: barriga de água, hidropisia da cavidade abdominal. Acumulação de fluido na cavidade abdominal. Consiste numa acumulação grande, anormal de fluido no abdômen que pode acontecer devido ao fracasso da função hepática, cirrose ou câncer no fígado. Este sintoma requer atenção médica imediata.

Aspartate Aminotransferase (AST)(TGO)(SGOT): enzima produzida pelas células do fígado. Na hepatite aguda o resultado

pode ser até de milhares de unidades; na hepatite crônica ela pode ir de normal até algumas centenas de unidades.

Aspiração: ação de inalar, extração de líquidos ou gases.

Aspirina: ingrediente encontrado em alguns medicamentos usados para reduzir a inflamação, a dor e a febre.

Assay: teste que identifica antígenos ou anticorpos de uma infecção.

Assintomática: sem sinais ou sintomas de estar doente.

Ativar: estimular ou acelerar, reativar.

Auto-imune: reação anormal do organismo contra um dos seus próprios tecidos.

Auto-imunidade: condição na qual são produzidos anticorpos contra as próprias células do organismo.

Avaliação médica: determinação médica do estado do paciente.

B

Baço: órgão do corpo que limpa o sangue circulante, removendo células velhas ou defeituosas do sangue.

BDNA (Branched DNA Assay): um dos testes que mostram quantias de DNA e RNA na circulação sanguínea, como pedaços de RNA das hepatites de vírus C.

Benigno: o que não é maligno, que não está associado ao câncer.

Biliar, atresia: doença congênita na qual a bile produzida pelo fígado não consegue chegar ao intestino porque os ductos biliares se formaram de maneira incompleta ou não se formaram.

Biliar: relativo à vesícula biliar e ao fígado.

Biliares, ácidos: ácidos fracos formados pelo fígado a partir do colesterol que ajudam na digestão das gorduras.

Biliares, ductos: sistema de canalículos (tubos) que levam a bile do fígado para a vesícula biliar e para o intestino.

Bilirrubina: pigmento amarelo produzido pelo fígado a partir da quebra da molécula de hemoglobina. Na icterícia há um aumento dos níveis de bilirrubina no sangue e nos tecidos, o que causa a pele, olhos ou urina amarelados.

Bílis: fluido produzido pelo fígado para auxiliar a digerir comidas que contenham gorduras ou colesterol, e armazenado na vesícula biliar.

Bio-equivalente: medicamento com potência e efeito similares a outro.

Biópsia hepática: procedimento de tirar um pequeno fragmento do fígado para ser observado no microscópio para diagnosticar uma doença e seu estágio de infecção.

C

Carcinoma hepatocelular: tecido de crescimento desordenado e anormal que invade as estruturas do corpo destruindo-as. Tumor maligno.

Cefalalgia: cefaléia, dor de cabeça.

Células brancas do Sangue: grupo importante de células que compõem o sistema imunológico do corpo, sua defesa; chamadas de células T.

Cirrose: doença crônica do fígado caracterizada pelo crescimento de tecido cicatrizado, destruição e regeneração das células hepáticas e distorção da estrutura do fígado. A cirrose pode levar à falência de funções hepáticas importantes, como a depuração de substâncias tóxicas do sangue, incluindo o álcool. A cirrose prejudica o fluxo do sangue, levando o fígado a perder suas funções.

Clínico: relativo à clínica; baseado na observação e no tratamento.

Coagulação: formação de coágulos no sangue.

Colangiografia: radiografia de contraste dos condutos biliares.

Colangite: inflamação das vias biliares.

Colecistite: inflamação da vesícula biliar.

Colédoco, obstrução do: interrupção do fluxo de bÍlis pelo ducto principal que a traz do fígado ao intestino.

Colédoco: ducto principal que traz a bÍlis do fígado e vesícula biliar ao intestino.

ColelitÍase: presença de pedras nas condutas biliares, litÍase biliar.

Colestase: vide Colédoco.

Colesterol: substância lipóide que se encontra na maior parte dos tecidos.

Complicações: problemas médicos novos que surgem durante o tratamento.

Comportamento de alto risco: pessoas que tem hábitos ou práticas que aumentam o risco de adquirir ou transmitir doenças.

Congestão: excesso de sangue numa parte do organismo.

Condição preexistente: problema médico existente antes de uma data definida.

Contacto: toque; indivíduo que teve relação com pessoa portadora de doença contagiosa.
Contágio: forma de uma doença passar de uma pessoa à outra.
Contraceptivo: que impede a gravidez.
Corticosteróide: corticóide; hormônios essenciais à vida formada no córtex das glândulas supra-renais.
Crônica: de longa duração.
Cura: o fim de uma doença.
Cutâneo: Referente à pele.
Cytokinas: proteínas que trabalham como hormônios, controlando a força e comprimento das respostas imunes. Eles são produzidos por muitos tipos diferentes de células.
Cytotóxico: que destrói as células.

D

Decúbito: deitado de costas; formação de necroses na pele ou nas mucosas por permanência prolongada na cama.
Defecação: evacuação dos excrementos.
Deficiência: carência.
Delírio: perturbação mental por traumatismo, febre, envenenamento, etc. com confusão mental.
Dependência: dependência de drogas.
Depressão: condição mental que se mantida por semanas ou meses leva a sentimentos de tristeza e desânimo, como também dificuldade na concentração e finalmente inatividade total.
Depuração: eliminação de certas substâncias do sangue.
Dermatite: inflamação da pele.
Dermatológico: relativo à pele.
Desintoxicação: diminuição das propriedades nocivas de um tóxico ou veneno.
Diaforese: secreção de suor, transpiração.
Diagnóstico: identificação de uma doença por seus sintomas, por testes, exames ou sinais.
Diarréia: condição na qual o ritmo intestinal está aumentado, levando a evacuações pastosas ou líquidas.
Digestão: processo de fragmentação dos alimentos a estruturas químicas simples que se tornam capazes de ser absorvidas pelo intestino.
Dilatação: expansão de um órgão; alargamento.
Diluyente: líquido usado para diluir uma substância.

Disfunção: perturbação do funcionamento de um órgão; alteração de função.

Dispepsia: condição na qual o paciente tem a sensação de dificuldade na digestão dos alimentos.

Distensão abdominal: aumento da circunferência abdominal.

Diurético: substância que aumenta o fluxo de produção de urina.

DNA (deoxyribonucleic acid): parte das células que guarda a informação genética.

Doenças oportunistas: doenças que podem aparecer quando o sistema imunológico está debilitado por estar lutando contra uma doença.

Dosagem: dose, dosificação.

Dose de ataque: dose inicial.

Drogas ilícitas: drogas de uso ilegal, como a maconha, cocaína, heroína, e muitas outras.

Drogas intravenosas: drogas que são injetadas diretamente na veia.

DST: doenças sexualmente transmissíveis.

E

Eczema: dermatite; inflamação da pele.

Edema: acúmulo de líquido entre as células de uma determinada região ou órgão, causando aumento da região afetada. Por exemplo: edema (inchaço) das pernas. O acúmulo de líquido em todo o corpo é chamado de anasarca.

Efeitos Colaterais: efeitos não-desejados ou incômodos no corpo ou emoções causadas por medicamentos ou por um tratamento.

Encefalopatia: esta doença afeta o cérebro e pode acontecer em pessoas com cirrose descompensada. Os sintomas incluem confusão mental, insônia, desorientação e, em alguns casos, o coma.

Endêmico: próprio a uma região ou população específica.

EIA: abreviação em inglês de *enzyme immunoassay*, um teste para detectar a hepatite. O mesmo teste é chamado ELISA.

ELISA: abreviação em inglês de *enzyme-linked immunosorbent assay*, um teste para detectar a hepatite e outras doenças. O mesmo teste é chamado de EIA (*enzyme immunoassay*).

Endógeno: originado dentro do corpo.

Endoscopia: procedimento no qual é utilizado o endoscópio, exame interno por via direta com o endoscópio.

Endoscópio: tubo fino e flexível que pode variar desde pouco mais de 1 metro a 2,20 metros de comprimento e que tem uma pequena luz e uma câmara de vídeo em sua extremidade. Pode ser utilizado para examinar o esôfago, estômago e duodeno. Outros aparelhos são utilizados para examinar intestino delgado, intestino grosso e vias biliares.

Entero-hepático: referente ao intestino e ao fígado.

Enzima: proteína que acelera algumas reações químicas. No intestino, as enzimas são utilizadas para transformar os alimentos em substâncias elementares, para que possam ser absorvidas. Também indicam a velocidade de algumas reações.

Enzimas do fígado: proteínas produzidas pelo fígado utilizadas para medir, em testes de laboratório, a atividade do órgão.

Eosinofilia: aumento das células eosinófilas no sangue.

Epidemiologia: estudos das doenças na população.

Epivir: medicamento usado no tratamento da hepatite B, de nome comercial Lamiduvine.

Esôfagite: inflamação do esôfago.

Esteatose: acumulação excessiva de glóbulos gordurosos no fígado. Gordura depositada no fígado.

Estômago: órgão que se situa entre o esôfago e o intestino delgado. Sua principal função é triturar e desmanchar os alimentos a um tamanho ideal para que possam ser digeridos no intestino delgado. Possui também funções hormonais.

Etiologia: estudo da origem de uma doença.

Excreção: eliminação pelo próprio organismo; eliminação de um medicamento sem substituição.

Exercício aeróbico: movimento rítmico, como andar ou correr, que fortalece o coração e melhora a habilidade do corpo para usar o oxigênio.

Exposição: que teve contato com algum agente externo.

F

Fadiga: sentir cansaço ou ter pouca energia física.

Falso Negativo: resultado errado de um exame, informando que está negativo quando em realidade é positivo.

Falso Positivo: resultado errado de um exame, informando que está positivo quando em realidade é negativo.

Fármaco: medicamento.

Fatal: letal, mortífero.

Fator de risco: qualquer coisa que aumente as chances de provocar dano para a pessoa, inclusive uma outra doença qualquer.

Ferropénico: que tem falta de ferro.

Fezes: restos dos alimentos que não foram absorvidos pelo intestino.

Fibrose: formação de fibras num tecido. Aumento anormal do órgão ou tecido.

Fígado: o maior órgão do corpo humano, com formato de um ovo, atua metabolizando e processando tudo aquilo que ingerimos, respiramos ou colocamos sobre a pele, eliminando as toxinas e produzindo substâncias indispensáveis para o organismo. Realiza milhares de funções.

Fisiológico: normal, não devido a uma doença; relativo ao estudo das funções dos organismos vivos

Flato: gás que passa pelo reto.

Flatulência: passagem de gás através do reto, considerado normal se a sua frequência ou volume não forem excessivos, ou se o som ou odor também não são anormais.

Flavivírus: família de vírus que inclui o da febre amarela, encefalites e dengue.

Fluidos corporais: líquidos produzidos pelo corpo, como sangue, saliva, lágrimas ou sêmen. Estes fluidos carregam substâncias úteis e prejudiciais.

Fluoroscópio: aparelho ligado ao Raio X utilizado para visualizar os órgãos internos.

Fostase Alcalina: enzima que pode estar elevada devido a doença no fígado ou no canal biliar.

Fulminante: que ocorre rapidamente.

Funcional, desordem: doença na qual não são detectados problemas orgânicos. Simplesmente há um funcionamento desordenado. Tal desordem pode causar desconforto, porém não está associada a doenças graves e não leva a riscos de vida.

G

Gânglio: caroço.

Gástrico, suco: líquido produzido no estômago que auxilia o processo da digestão.

Gástrico: localizado ou relacionado ao estômago.

Gastrite: inflamação da mucosa gástrica.

Gastroenterologista: médico especializado em doenças do estômago e intestinos, incluindo o fígado.

Gastro-esofágico: relativo ao estômago e ao esôfago.

Gastroscoopia: inspeção visual da cavidade gástrica por meio de um endoscópio.

Gengivite: inflamação superficial da gengivas

Genotipagem: teste para determinar o genótipo do vírus.

Genótipo: Identificação da forma e função de qualquer elemento vivo, como pessoas, plantas, animais ou vírus. Muito usado na hepatite C para determinar o tempo do tratamento.

Glicose: o açúcar mais comum encontrado na natureza.

Glóbulos Brancos: qualquer dos leucócitos do sangue, que compreendem os neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monócitos e linfócitos.

Glóbulos Vermelhos: o mesmo que hemácias.

Granulação: crescimento granular geralmente visto na superfície de tecidos inflamados. Faz parte do processo de cicatrização.

Grupos de alto risco: grupo de pessoas entre as quais está provado que existe um risco maior de contrair determinada doença.

Guaico, teste (pesquisa de sangue oculto nas fezes): teste diagnóstico para se detectar a presença de sangue em quantidades microscópicas nas fezes.

H

HAV: abreviação usada ao se falar da hepatite A.

HBV: abreviação usada ao se falar da hepatite B.

HCC: vide carcinoma hepatocelular.

HCV Genótipo: o vírus da hepatite C é classificado em 6 genótipos principais (1 a 6) e cada genótipo dividido em subtipos (a, b, c...).

HCV: abreviação usada ao se falar da hepatite C.

HDV: abreviação usada ao se falar da hepatite D.

Hemácias: glóbulos vermelhos do sangue. A redução das hemácias além dos valores normais é chamada de anemia.

Hematémese: vômitos de sangue.

Hematológico: relativo à hematologia (estudo do sangue e das suas afecções).

Hemodiálise: separação e limpeza do sangue nos doentes renais.

Hemoglobina: pigmento do sangue contendo ferro encontrado nas hemácias, tendo como principal função o transporte de oxigênio dos pulmões para os tecidos.

Hemograma: exame de sangue, quantitativo e qualitativo feito sobre 1 ml. de sangue, relativo a uma série de elementos.

Hemofilia: desordem genética, geralmente em homens, que reduz a capacidade de coagulação do sangue.

Hemólise: hematólise, globulólise, desintegração das células sanguíneas.

Hemopoético: relativo ao fabrico de glóbulos vermelhos.

Hemorragia: perda de sangue.

Hemostasia: estancamento do sangue.

Hepático: referente ao fígado.

Hepatite A, vacina para: preparo especial que estimula a produção de anticorpos contra o vírus da hepatite A. São necessárias três doses para ter efeito.

Hepatite Aguda: a primeira fase da infecção na hepatite, não ultrapassando os primeiros seis meses.

Hepatite Alcoólica: uma forma de hepatite causada pela ingestão de bebidas alcoólicas.

Hepatite B – Teste AgHBe (antígeno “e” do vírus da hepatite B): indicativo da replicação viral que aparece na fase aguda após o AgHBS podendo permanecer por até dez semanas.

Hepatite B – Teste AgHBs (antígeno de superfície do vírus da hepatite B): aparece no teste em torno de 30 a 45 dias após a infecção podendo permanecer por até 120 dias. É o primeiro marcador a aparecer na fase aguda. É encontrado como marcador sorológico na fase aguda ou na fase crônica caso persista por mais de 6 meses.

Hepatite B - Teste Anti-HBc (anticorpos IgG contra o antígeno do núcleo do vírus da hepatite B): detectável durante a fase aguda e na fase crônica da doença aparece logo depois do antiHBc IgM. Importante marcador sorológico detectado no período de janela imunológica. É um marcador da existência de contato prévio com o vírus. Permanece por toda a vida nos indivíduos que tiveram a infecção pelo vírus da hepatite B.

Hepatite B - Teste Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do núcleo do vírus da hepatite B): é um importante marcador de infecção aguda, usado para diferenciar a infecção aguda ou crônica, podendo persistir por até seis meses após a infecção.

Hepatite B – Teste Anti-HBe (anticorpo contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B): marcador considerado um bom

prognóstico na fase aguda que aparece nos casos de soroconversão do AgHBe. Ocorrendo a soroconversão em portadores crônicos, pode ser um indicativo de mutações precoce.

Hepatite B - Teste Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B): indica imunidade contra o vírus. Também é encontrado em pacientes vacinados, de forma isolada. É detectado geralmente entre uma a dez semanas após o desaparecimento do AgHBs. O surgimento do anti-HBs é sinal de bom prognóstico.

Hepatite B (HBV): ocorre por contato com sangue contaminado ou transmissão sexual, algumas vezes conjuntamente com a hepatite D. Pode transformar-se em hepatite crônica (muito perigosa), porém pode ser prevenida com a aplicação de vacinas. A mãe pode contaminar o feto ou o recém-nascido.

Hepatite B Teste DNA (HBV DNA): teste que determina o nível atual de vírus no sangue, chamado de PCR (polymerase chain reaction).

Hepatite B, vacina para: preparo especial que estimula a produção de anticorpos contra o vírus da hepatite B. São necessárias três doses para ter efeito.

Hepatite C - Anticorpos (Teste Anti-HCV): teste que detecta os anticorpos do vírus da hepatite C, indicando se uma pessoa teve contato com o vírus, também chamado de teste Elisa. Pode demorar até 12 semanas para aparecerem os primeiros anticorpos detectáveis. Não serve para indicar se estamos tratando de uma infecção recente ou passada.

Hepatite C - Teste de Genotipagem: teste que determina o tipo do vírus existente. Usado para determinar a duração e possível resposta do futuro tratamento.

Hepatite C (HCV): ocorre por contato com sangue contaminado. Geralmente torna-se crônica. Não existe vacina.

Hepatite C RNA (Teste PCR HCV RNA) (Carga viral) (Quantitativo): igual ao teste qualitativo, porém mede a carga viral existente no sangue. Usado como prognóstico do resultado a ser conseguido com o tratamento e também para monitorar o tratamento, principalmente no uso do Interferon Peguilado.

Hepatite C RNA (Teste PCR HCV RNA) (Qualitativo): teste para o vírus no sangue, chamado de PCR (polymerase chain reaction). Consegue detectar o próprio vírus no sangue duas semanas após a infecção. Usado para determinar a doença crônica e para monitorar o tratamento. Utilizado para confirmar resultados

sorológicos indeterminados, em especial em pacientes imunossuprimidos.

Hepatite Crônica Ativa: forma de hepatite crônica em que há infiltração de linfócitos nas áreas portal e periportal do fígado, com necrose hepática contínua, inflamação ativa e fibrose. O diagnóstico é feito pela biópsia do fígado.

Hepatite Crônica Persistente: uma das formas da hepatite, geralmente sub-clínica, que teoricamente poderia desaparecer em alguns anos, deixando a maioria das pessoas infectadas livres de sintomas, mas a sua evolução leva ao quadro de hepatite crônica ativa. Porém, os pacientes permanecem portadores do vírus e ainda podem transmitir a doença. O diagnóstico é feito pela biópsia do fígado.

Hepatite Crônica: hepatite que se mantém por um período superior a seis meses, com ou sem sintomas.

Hepatite D (HDV ou Delta): é transmitida por contato com sangue contaminado ou por transmissão sexual. Acontece somente em pessoas que já tiveram a hepatite B.

Hepatite E (HEV): infecção aguda, comum em alguns países, transmitida por via fecal e oral.

Hepatite Fulminante: uma forma bastante severa de hepatite, que geralmente leva à morte.

Hepatite Infeciosa: nome original da hepatite A.

Hepatite Não-A, Não-B: designação antiga da hepatite C.

Hepatite Tóxica: uma forma de hepatite causada por substâncias químicas.

Hepatite: inflamação do fígado, algumas vezes acompanhada de icterícia, fadiga e náuseas. Mais comumente causada por vírus.

Hepatite A (HAV): ocorre geralmente por contato com água, comida ou fezes contaminadas. É uma infecção aguda da qual quase todos se recuperam totalmente.

Hepatobiliar: relativo ao fígado e às condutas biliares.

Hepatocelular: relativo às células do fígado.

Hepatócitos: as células do fígado.

Hepatologia: especialidade médica que estuda as doenças do fígado.

Hepatologista: médico especializado em doenças do fígado.

Hepatomegalia: aumento do fígado.

Hepatotóxico: tóxico para o fígado.

HEV: abreviação usada ao se falar da hepatite E.

Hipertensão portal: pressão anormal que acontece nas veias do fígado. Se não tratada pode produzir varizes no esôfago, estômago e intestinos.

Hipertiroidismo: atividade excessiva da glândula tiróide.
Hipotiroidismo: atividade insuficiente da glândula tiróide.
Hipovitaminose: necessidade de uma ou várias vitaminas essenciais.
Histológico: relativo à estrutura minuciosa das células e aos componentes delas. Estudo microscópico feito pelo patologista na biópsia, útil no diagnóstico e avaliação do dano existente no fígado.
HIV: abreviação usada ao se falar da AIDS.
Homeostase: estado de equilíbrio orgânico.
Humor: fluido corporal.
Humoral: relativo aos fluidos corporais.

I

Ibuprofeno: ingrediente encontrado em alguns medicamentos e usados para reduzir a dor e a febre.
Icterícia: condição na qual a pele, mucosas e olhos ficam amarelados, secundária ao aumento dos níveis sanguíneos de bilirrubina. Isto acontece quando o fluxo de biliar que sai do fígado ou vesícula está bloqueado, quando a função hepática está comprometida ou quando há uma produção aumentada de bilirrubina secundária a uma destruição aumentada das células vermelhas do sangue. Este pode ser um sinal de que o fígado não está trabalhando bem.
Imune: relativo ao sistema imunitário; insensível.
Imunidade: estar livre da possibilidade de adquirir determinada doença, resistência natural às infecções.
Imunização: obtenção da imunidade pelo organismo.
Imunogênico: que causa imunidade.
Imunológico: relativo ao sistema imune.
Imunossupressor: que diminui as defesas do organismo.
In vitro: que pode ser reproduzido no laboratório.
In vivo: que está situado ou ocorre num corpo vivo.
Inativo: em repouso.
Incidência: número de casos de uma doença notificados por ano.
Incompatível: não adequado para administração simultânea.
Incubação: período entre o contágio e a manifestação da doença.
Indetectável: que não é encontrado. Negativo.
Indicação: circunstância que indica a utilização de uma terapia.

Indigestão: termo utilizado para se referir a qualquer alteração do processo de digestão. Os sintomas associados são azia, náusea, estufamento e gases. Médicos chamam de dispepsia.

Infecção aguda: uma infecção acontecida recentemente. A pessoa pode se recuperar imediatamente. Caso persista a infecção, ela passa a ser considerada crônica. Podem existir, ou não, sintomas físicos.

Infecção cruzada: contágio mútuo entre duas pessoas por doenças infecciosas diferentes.

Infecção Hospitalar: infecção nova que se contrai durante um tratamento ou procedimento feito em um hospital. Por exemplo, uma pessoa pode estar em um hospital e recebe uma transfusão de sangue podendo apanhar uma infecção.

Inflamação: condição na qual o corpo está tentando reagir a um dano ou destruição de tecido. Alguns sinais presentes são: vermelhidão, calor, inchaço, dor e perda da função (atividade).

Influenza: gripe violenta e epidêmica

Injeção: instrumento para forçar a introdução de um líquido no corpo. Existem três tipos básicos de aplicação: a intramuscular (no músculo), a intravenosa (na veia) e a subcutânea (por baixo da pele).

Insônia: incapacidade de dormir.

Interação: relação entre dois medicamentos.

Interferon alfa-2 a, Interferon alfa-2 b, Interferon de consenso, Interferon Peguilado, Interferon Beta, Interferon humano: diferentes tipos de Interferon comercializados por diferentes empresas.

Interferon: proteína liberada pelas células brancas do sangue, não sendo um antiviral, porém causando mudanças bioquímicas dentro das células que conduzem à resistência aos vírus.

L

Lamiduvine: nome comercial do Epivir, usado no tratamento da AIDS e da hepatite B.

Laparoscopia: exame no qual se utiliza o laparoscópio (ver acima).

Laparoscópio: aparelho tubular introduzido na parede abdominal com intuito de examinar a cavidade abdominal e a superfície externa dos órgãos contidos nela.

Lesão: alteração mórbida na função ou estrutura de um órgão.

Letal: que provoca a morte.

Leucócito: glóbulo branco.

Leucocitose: aumento do número de glóbulos brancos em circulação.

Leucopenia: deficiência de glóbulos brancos no sangue.

Linfócitos: as células brancas do sangue que formam uma espécie de tecido.

Lípido: gordura ou substância idêntica.

Lobo: lóbulo.

M

Má-absorção: transtorno da absorção intestinal de nutrientes.

Maligno: ruim; de evolução fatal.

Manifestação: exteriorização de uma doença.

Medicação: medicamentação; aplicação de medicamentos.

Medicamento: remédio, fármaco.

Medicinal: que tem qualidades curativas.

Mentalização: focalização do pensamento em um quadro mental. Pode ser usado para tentar resolver um problema ou como técnica para redução de tensão.

Metabolismo: termo geral, usado para explicar os processos químicos no organismo, como os que acontecem no fígado.

Metabolização: transformação de uma substância noutra durante o metabolismo.

Mialgia: dor muscular.

Miastenia: falta de força, fraqueza muscular.

Microcirculação: fluxo de sangue em todo o sistema de vasos minúsculos.

Monocomponente: de um só componente.

Monógamo: que possui somente um parceiro sexual por um longo período.

Monoterapia: tratamento que usa somente um medicamento.

Morbidez (a): taxa de doentes numa população.

Multidose: que compreende muitas doses.

Mutação: mudança do material genético.

N

Não-respondedores: pessoas que não respondem ao tratamento em certo tempo ou datas.

NASH: *Non Alcoholic Steato Hepatitis*. Esteatose não-alcoólica.

Náusea: sensação de estômago doendo, com ânsias de vômito.

Necrose: morte de células ou partes de tecido de corpo ou órgãos, como o fígado.

Nefrite: inflamação do rim.

Nefrológico: referente aos rins.

Negativo: sem resultado, não positivo, abaixo da linha zero. Indetectável.

Neuralgia: nevralgia, dor viva que se sente no trajeto dos nervos.

Neutrofilia: aumento do número de neutrófilos. A neutrofilia constitui um sinal que pode indicar infecção supurativa, intoxicações por metais, acetona nos diabéticos, úlceras gastroduodenais, entre outras doenças que devem ser investigadas.

Neutrófilos: célula do sangue. O aumento de neutrófilos no sangue é chamado de neutrofilia.

Neutropenia: redução anormal do número de neutrófilos no sangue. Também chamada de leucopenia. Pode ser provocada pelo uso de medicamentos.

Niilidade: niilismo, isto é, sensação de falta de esperança por parte do ser humano.

Nodoso: caracterizado por pequenos nós sólidos

Nutricionista: profissional capacitado a fazer uma dieta balanceada para cada paciente.

O

Obesidade: excesso de peso corporal por acumulação de gordura.

Obstipação: dificuldade de expelir os excrementos, prisão de ventre.

Obstrução: entupimento.

Ocasional: de vez em quando.

Oclusão: obliteração, fecho, de um canal ou de uma abertura natural.

Oportunista: diz-se do microrganismo que produz doenças unicamente em determinadas circunstâncias.

Overdosagem: dosagem excessiva.

Overdose: dose excessiva.

P

Paciente: doente.

Paliativo: que alivia as dores, mas não cura.

Parênquima: parte funcional de um órgão.

Parenteral: administrado por via não oral.

Parestesia: sensação de formiguelo num órgão ou na pele.

Passivo: não ativo.

Patógeno: patogênico, que causa doença.

Patológico: mórbido, relacionado com uma doença determinada.

PCR (Polymerase Chain Reaction): teste para identificar pequenos fragmentos de vírus DNA e RNA no sangue.

Percutânea: perfuração na pele para a entrada de uma substância.

Perinatal: transmissão perinatal é a que acontece da mãe para o filho durante o parto.

Periódico: cíclico, regular.

Periportal: que cerca a veia porta (no fígado).

Persistente: que permanece por muito tempo no corpo. Pode ser considerada crônica.

Placebo: substância inativa, usada em pesquisas científicas para comparar com o efeito das drogas.

Plaquetas: células do sangue que controlam as hemorragias. O fígado produz os fatores de coagulação envolvidos neste processo.

Plaquetopenia: diminuição do número de plaquetas no sangue.

Plasma: parte líquida do sangue.

Portador crônico: pessoa que é infetada com um microorganismo ficando muito tempo com o vírus circulando no sangue, sendo capaz de contaminar outras pessoas com o vírus.

Portador: pessoa que pode transmitir uma doença e que pode não ter qualquer sintoma de estar doente.

Positivo: que indica a presença de um vírus ou doença.

Potencializarão: ativação de uma droga por outra.

Pré-canceroso: mudanças incomuns em células do corpo, que podem ou não se tornar cancerosas.

Pré-clínico: que ocorre antes da doença ser clinicamente reconhecível.

Predisposição: aptidão do organismo para contrair certas doenças.

Prescrição: Receita.

Prevalência: O número de doentes em um espaço específico de tempo ou região.

Prevenção: Tomar os cuidados necessários para não adquirir uma doença.

Prognose: prognóstico.

Prognóstico: predição do curso de uma doença, inclusive tempo de recuperação.

Progressivo: continuado, que avança lentamente.

Proliferação: reprodução, multiplicação.

Promiscuidade: atividade sexual com muitos parceiros.

Proteína: substâncias produzidas naturalmente pelo corpo e organismos vivos que são necessárias para o crescimento, funções, reprodução e reparo dos tecidos vivos.

Protocolo: experiência científica, minuciosamente detalhada, para testar um medicamento ou tratamento. Os pacientes são voluntários, cientes da sua condição.

Protrombina: fator II da coagulação sanguínea.

Prova: ensaio, experiência, análise.

Prurido: comichão, ardência.

Prurítico: pruriginoso, que faz comichão.

Psicogênico: que tem origem emocional ou psicológica.

Psicossomático: que tem sintomas corporais de origem psíquica, emocional e mental.

Púrpura: doença de Werlhof, caracterizada por manchas de cor vermelha devidas à ocorrência de hemorragias subcutâneas.

Q

Qualitativo: relativo à existência. Indica a presença, não a quantidade.

Quantitativo: relativo à quantidade. Indica a quantidade encontrada.

Quimioterápico: medicamento que ataca os micróbios parasitas ou as células de um câncer.

R

Recidiva, Recaída ou Replicação: retorno de uma doença depois que se acreditava que o paciente estava curado.

Reconstituir: acrescentar um solvente a um medicamento em pó; tipo de regeneração de uma superfície lesionada; retorno à forma líquida do soro ou plasma sanguíneo previamente dessecado.

Recorrente: que volta à sua origem.

Redução do risco: comportamentos ou modos que diminuam a chance de adquirir uma doença.

Redução: retorno à forma inicial ou normal.

Refluxo: fluxo de retorno.

Regeneração: renovação ou preparação de tecidos ou de partes desaparecidas.

Região: parte do corpo.

Regressão: retorno a um estado ou fase anterior; desaparecimento dos sintomas ou de um processo anormal; involução.

Regurgitação: retorno a boca ou garganta do alimento recém-ingerido sem esforço de vômito; ocasionado por refluxo intenso.

Re-infecção: nova infecção num mesmo agente, depois de ter curado a primeira.

Remissão: desaparecimento completo ou a diminuição dos sintomas da doença, podendo ocorrer como resultado do tratamento ou espontaneamente.

Replicação: auto-duplicação, réplica, retorno de uma doença depois que se acreditava que o paciente estava curado.

Reprodução: propagação, multiplicação, cópia.

Residual: restante, que deposita.

Resistente: que não reage a determinados medicamentos.

Resposta Imune: reação protetora de seu corpo para uma invasão por qualquer doença ou organismos estranhos.

Resposta Sustentada: resultado positivo de um tratamento, mantido a longo prazo. Na hepatite C, se diz que o tratamento deu certo se após seis meses da interrupção do tratamento, o vírus continua indetectável pelo PCR.

Resposta: reação a um estímulo.

Retenção: conservação, dentro do corpo, de materiais ou líquidos que se excretam normalmente.

Re-tratamento: novo início do tratamento depois de uma recaída de uma doença ou de o paciente não ter respondido ao primeiro tratamento.

Reversível: que pode desaparecer totalmente com a supressão da causa.

RIBA - Recombinant Immunoblot Assay: exame de sangue que mede o nível de anticorpos para a hepatite C na circulação sangüínea.

Ribavirina: medicamento antiviral.

RNA (Ácido Ribonucléico): estrutura química das células que traduzem a informação genética do DNA, ajudando a produzir novas proteínas.

S

Salivação: secreção de saliva, ptialismo, sialorréia, polissialia, fluxo salivar.

Segmento: parte de um organismo ou órgão.

Sensibilização: administração de um antígeno para induzir uma resposta imunitária.

Septicemia: intoxicação do sangue por microrganismos.

Seqüela: complicação mais ou menos tardia de uma doença, doença consecutiva.

Síncope: perda súbita da consciência por descida da pressão sanguínea no cérebro; desmaio.

Síndrome: complexo mórbido, conjunto de sintomas.

Sinérgico: que age simultaneamente com outra coisa.

Sintoma: sensações no corpo que podem indicar uma doença.

Sintomático: pertencente aos sintomas. Que apresenta sintomas.

Sintomatologia: sintomas de uma doença.

Sistema Biliar: sistema do corpo que produz e estoca a bÍlis.

Sistema Imune: sistema ativado pelo corpo para atuar como defesa contra substâncias ou organismos estranhos que invadam o organismo.

Sistêmico: que afeta o corpo de forma total; geral, generalizado.

Solução: preparado líquido que contém várias substâncias químicas solúveis; soluto, licor; meio.

Sonolência: com sensação de sono.

Soro: líquido que se separa do sangue após sua coagulação.

Soroconversão: mudança de uma prova sorológica, de negativa para positiva.

Sorologia: estudo do soro do sangue.

Sorológico: relativo ao estudo da imunidade pelo soro.

Stress: o aumento ou exagero da pressão física ou emocional pode causar uma reação emocional ou física.

Subagudo: pouco agudo.

Subclínico: que acontece sem manifestação de sintomas.

Subcutânea: por baixo da pele.

Superinfecção: nova infecção que surge como complicação de outra já existente.

T

Tempo de Protombina: teste sanguíneo para medir o tempo de coagulação do sangue podendo indicar como o fígado está funcionando.

Tendência: inclinação, propensão.

Tentativas clínicas: testes cuidadosamente realizados em pessoas para determinar se drogas e tratamentos são seguros e efetivos. Toda droga passa por três fases de tentativas clínicas antes de ser aprovado para uso geral.

Terapêutico: que serve para curar.

Terapia Combinada: terapia que inclui dois ou mais medicamentos. No tratamento da hepatite C, geralmente esta denominação é usada quando são aplicados o Interferon e a Ribavirina.

Terapia: tratamento de uma doença. Terapêutico.

Terminal: em fase final, último.

Testes da função hepática: variedade de testes para avaliar o fígado e o sistema biliar.

Título: valor, grau, proporção.

Tolerância: capacidade de suportar doses elevadas de uma droga tóxica.

Tópico: de aplicação local.

Toxicidade: efeito nocivo de uma substância química.

Tóxico: venenoso ou prejudicial.

Toxicológico: relativo à ciência que estuda os venenos.

Toxicomania: consumo compulsivo de drogas; tóxico-dependência (dependência de uma droga).

Toxina: substância prejudicial ao corpo.

Tracto (gastrointestinal): tubo digestivo, incluindo a boca, esôfago, estômago, intestinos delgado e grosso, reto, anos e glândulas anexas (vesícula biliar e pâncreas).

Transaminases: enzimas no sangue que podem sinalizar uma infecção ou inflamação. Chamadas de ALT, AST, TGO ou TGP.

Transdérmico: que passa através da pele.

Transfusão: recebimento de sangue ou componentes, como plaquetas, de uma outra pessoa.

Transmissão Perinatal: transmissão de uma doença da mãe para o filho, ainda no útero, ou durante ou após o parto.

Transplante: transferir um órgão ou tecido de uma pessoa para outra.

Transmissão: o modo como uma doença pode passar de uma pessoa a outra.

Tratamento: ação médica para controlar ou curar uma doença.

Trombocitopenia: diminuição do número de plaquetas no sangue.

Trombocitose: aumento exagerado do número de plaquetas no sangue.

Tromboembolismo: obstrução de um vaso sanguíneo com material trombótico.

Trombose: coagulação do sangue numa artéria ou veia, com bloqueio da circulação.

Tumor: aumento de volume de parte de um tecido ou órgão, que não tem função. Pode ser benigno ou maligno.

U

Ultra-som (ultra-sonografia, ecografia): exame diagnóstico no qual pulsos de som são enviados ao corpo. O retorno dos ecos são captados e transmitidos em forma de imagem. Funciona como um radar.

Urticária: erupção cutânea caracterizada pelo aparecimento de manchas vermelhas e prurido intenso.

V

Vacina: vírus inativados ou bactérias ingeridas ou injetadas para prevenir doenças.

Varizes: veias anormalmente dilatadas.

Vascular: referente aos vasos sanguíneos.

Vasculite: inflamação dos pequenos vasos sanguíneos.

Vertigem: sensação rotatória associada à náusea; tontura de cabeça.

Vigilância: estado de alerta ou observação.

Viral: pertinente a vírus.

Viremia: presença de um vírus no sangue.

Vírus: substâncias minúsculas que causam infecção e infectam humanos, animais ou plantas invadindo células e mudando a química deles para fazer mais vírus. Os vírus não podem ser tratados com antibióticos.

W

Western Blot Assay: teste que analisa proteínas no sangue para determinar se um vírus existe.

X

Xerostomia: seca ocular.

Este livro foi impresso nas oficinas da
Gráfica Lidador, no mês de abril de 2003
com filmes fornecidos pelo autor