



Reportagem especial:  
tratando hepatites  
na selva brasileira

- Prêmio Claudia 2010 – a vitória da hepatologia
- Inibidores de protease – o que esperamos deles?

Leia mais em [www.sbhepatologia.org.br](http://www.sbhepatologia.org.br)

# Índice

Expediente da diretoria	2
Editorial - Palavra do Presidente	2
Créditos Boletim SBH	2
Seção Espaço Porta - Medicina alternativa e seus efeitos adversos	3
Seção Células Estreladas - Inibidores de protease	4
Seção Transporte Biliar - Reportagem especial Hepatites na selva	6
Seção Espaço de Disse - Pesquisa em hepatologia no Brasil	8
Seção Células de Kupffer - Prêmio Claudia 2010	9
Seção Rota Metabólica - Opinião - Fibrose e métodos não invasivos	10
Seção Zona 3 - Notícias SBH	11



## A medicina ou a ética alternativa?

Raymundo Paraná  
Presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia

## Editorial

### PALAVRA DO PRESIDENTE

No Brasil a Hepatologia retornou ao status de área de atuação em Gastroenterologia, após longo tempo como especialidade. Isto provoca uma situação incômoda e confusa: na SBH há associados com título de especialista e há associados com título de área de atuação. Para estes, é pré-requisito, ainda, o título de especialista em Gastroenterologia emitido pela FBG, o que constitui uma barreira adicional. A pergunta é: por que a formação em Gastroenterologia? Victorino Spinelli Barreto, hepatologista de renome nacional, ex-presidente da SBH, tem residência em Clínica Médica, e formação em Hepatologia na Universidade de Yale, EUA. Também o nosso futuro presidente, Henrique Sergio Coelho, não tem formação específica em Gastroenterologia.

Como área de atuação, o Programa de Residência Médica em Hepatologia é de apenas 1 ano, após 2 anos de Clínica Médica e outros 2 de Gastroenterologia. Isto é ao mesmo tempo desmotivador para o jovem médico e insuficiente, posto que 1 ano é pouco para formar um hepatologista.

Nas últimas décadas, a Hepatologia sofreu espetacular modificação de conceitos, tornou-se mais complexa, e se distanciou do tubo digestivo. Em contrapartida, aumentou sua interface com a Endocrinologia e a Infecologia. O desinteresse dos hepatologistas por temas como *Helicobacter pylori*, e dos gastroenterologistas por síndrome metabólica e infecções em transplantados de fígado, ilustram a situação. A interseção, outrora tão forte, entre a Hepatologia e a Gastroenterologia, tem diminuído e não mais pode justificar a permanência da primeira como área de atuação da segunda.

Faltam hepatologistas no país! Isto dificulta o acesso ao diagnóstico e tratamento das doenças hepáticas no SUS. Os centros especializados em Hepatologia atuam acima de sua demanda, e algumas unidades da Federação sequer os possuem. Faz-se necessária com urgência uma nova política de formação de hepatologistas. O retorno da Hepatologia à sua condição de especialidade e a revisão do seu Programa de Residência Médica são pontos essenciais para a implantação de Políticas Públicas de assistência à saúde nas doenças hepáticas.

Raymundo Paraná

### GESTÃO 2010-2011

#### Presidente

Raymundo Paraná

#### 1º Vice-presidente

Mário Guimarães Pessoa

#### 2º Vice-presidente

Carlos Eduardo Brandão Mello

#### 3º Vice-presidente

Adalgisa de Souza P. Ferreira

#### Secretário Geral

Paulo Lisboa Bittencourt

#### Secretária Adjunta

Celina Maria Lacet

#### 1ª Tesoureira

Delvone Freire Gil Almeida

#### 2ª Tesoureira

Cirley Lobato

#### Representante AMB:

Edna Strauss

#### Editor do Boletim SBH:

Mário Reis Álvares-da-Silva

#### Comissão de admissão:

Fernando Poetella e Renata Melo Perez

#### Arquivos de gastroenterologia:

Alberto Queiroz Farias

#### GED:

Aécio Flávio Meirelles Souza

#### Comissão para área de atuação:

Ana de Lourdes Martinelli, José Eymard Medeiros Filho, Edmundo Lopes Neto

#### Conselho fiscal:

Rodrigo Sebba Aires, Claudia Pinto Marques Souza de Oliveira, Ana Heloisa da Silva, Tereza Virginia Nascimento, Marcelo Portugal de Souza

#### Comissão de pesquisa:

Edson Roberto Parise

#### Comissão de eventos:

Dominique Muzzillo e Fabio Marinho do Rego Barros

#### Relação com as ONGs:

Waldir Pedrosa Amorim

#### Presidente eleito:

Henrique Sergio Moraes Coelho

#### Créditos Boletim SBH

**Fotografias:** Mário Reis Álvares-da-Silva, exceto arquivo pessoal (vários - página 4, Cirley Lobato - página 6 e Themis Reverbel da Silveira - página 9). **Arte página 4 sobre comentário de Victorino Spinelli:** Mário Reis Álvares-da-Silva. **Arte final:** VRA+ Comunicação. **Contato e sugestões:** marioreis@live.com



Raymundo Paraná

Devido à escassez de informações, a Sociedade Brasileira de Hepatologia, órgão que congrega os especialistas em doenças do fígado no País, realizou um encontro sobre a toxicidade ao fígado causada por medicamentos. Na oportunidade, também avaliou a eficácia e os efeitos adversos dos fitoterápicos. Nesse contexto, incluiu a avaliação das publicações usadas para justificar o uso da chamada “medicina alternativa” no tratamento das doenças hepáticas. As conclusões foram encaminhadas à Anvisa e ao Ministério da Saúde.

Em resumo, não existem estudos robustos que comprovem a eficácia e segurança para fitoterápicos hepáticos utilizados no Brasil. Trata-se de uma situação inaceitável à luz da ciência médica. Também não encontramos evidências que comprovem eficácia de 175 práticas alternativas utilizadas no Brasil.

Certamente que a prática alternativa não pode ser indicada sob a falsa aura do “natural”. Mas é nesse equivocado imaginário que os brasileiros se expõem a tratamentos que não possuem comprovação científica.

Pior, são vários os relatos de toxicidade por chás e fitoterápicos: confrei, sacaca, erva-cavalinha, chá-verde, unha-de-gato, cáscara-sagrada, mãe-boá, gumíferas, kava, valeriana, sene, espinheira-santa, losna, poejo, andorinha, etc.

A ciência médica não comporta preconceito, portanto não é contrária aos fitoterápicos nem a outros métodos não alopáticos, todavia exige um critério de avaliação científica uniforme, uma vez que os princípios ativos de chás, fitoterápicos ou dos alopáticos têm potencial de toxicidade. A ética não pode ser alternativa, portanto os preceitos de validação são os mesmos para qualquer proposta terapêutica.

Como negar a necessidade de estudos de fases I, II e III para validar uma proposta terapêutica? Negar isso será negar a medicina como ciência.

Infelizmente, no Brasil, nos deparamos com o ritual de desqualificação daqueles que defendem a medicina como ciência. Não raro, os que se posicionam dessa forma são maliciosamente acusados de defensores da indústria

farmacêutica. Este é o comportamento dos que fogem ao debate científico. Para desmascará-los, lembramos que a indústria da medicina alternativa movimentou bilhões de dólares no mundo com elevados lucros. No subterrâneo da ciência, enraíza-se e enriquece os inescrupulosos, colocando em risco inocentes. Portanto, há muitos interesses camuflados, mas não é preciso esforço para reconhecê-los. Habitualmente, o acusador é pós-graduado em imbecilidade ou alimenta-se de nauseante má-fé. Não enfrenta o debate científico nem luta por centros de pesquisa dedicados a avaliação dessas propostas, pois não é esse o seu interesse.

Quase todos os centros de hepatologia do País relataram a crescente suspeita de hepatite tóxica por fitoterápicos ou chás, incluindo os centros de transplante hepático. Infelizmente, esses compostos possuem diversos princípios ativos, tornando difícil definir a causalidade. Ademais, são utilizados em formulações contendo outros medicamentos. Também são utilizados concomitantemente com medicamentos alopáticos sem que tenhamos estudos acerca da interação entre eles.

Por questões próprias do nosso serviço de saúde, acreditamos na existência de subnotificação de casos, pois os médicos, habitualmente sobrecarregados, acabam não encontrando facilidades para relatar todos os casos observados na sua prática clínica. Também não temos um programa ideal de farmacovigilância no País. Além disso, muitos receiam as campanhas difamatórias.

Desse modo, a Sociedade Brasileira de Hepatologia criará um cadastro nacional de hepatotoxicidade alopáticos, que inclui não só os medicamentos alopáticos, como também os fitoterápicos, os complementos alimentares e a chamada medicina natural. O objetivo será oferecer às autoridades de saúde informações estratégicas.

Este assunto é habitualmente negligenciado, mas recentemente tomou importância a partir de um programa jornalístico da TV brasileira. Oxalá, as autoridades de saúde despertem para esse tema.

2011

O tratamento da hepatite C nunca mais será o mesmo. O Boletim SBH perguntou a alguns colegas qual a sua expectativa em relação aos inibidores de protease (IPs). Opiniões diversas, otimistas ou pessimistas-cura ou supervírus. Um painel do momento atual de grandes dúvidas. Vale conferir!

"2011 promete! Boceprevir e telaprevir estão chegando. Poderemos curar até 70% dos pacientes HCV G1, e ainda melhor – este resultado parece ser independente do polimorfismo do gene da IL28B, que atualmente prediz RVS ao tratamento com PEG+RBV."

Fabio Marinho (PE)



"O tratamento com IPs vai requerer métodos mais sensíveis para o controle da carga viral. Os momentos de avaliação da cinética viral irão mudar. Talvez seja preferível tratarmos inicialmente pacientes já experimentados a PEG+RBV."

Dominique Muzzillo (PR)

"Lead-in ou tratamento de imediato? Concentrações estáveis de PEG e RBV antes da adição do IP reduziram as mutações resistentes, mas outros estudos ainda são necessários à luz de variações genéticas - IL28B e outros polimorfismos."

Luiz Guilherme Lyra (BA)



"Fernando Pessoa disse 'o silêncio tem seu fim', e parte da silenciosa hepatite C pode ter, em breve o, mesmo destino com o uso dos IPs. Todavia, a cautela é a premissa do novo. Nos pacientes transplantados, o campo está aberto para pesquisas."

Leila Pereira (PE)

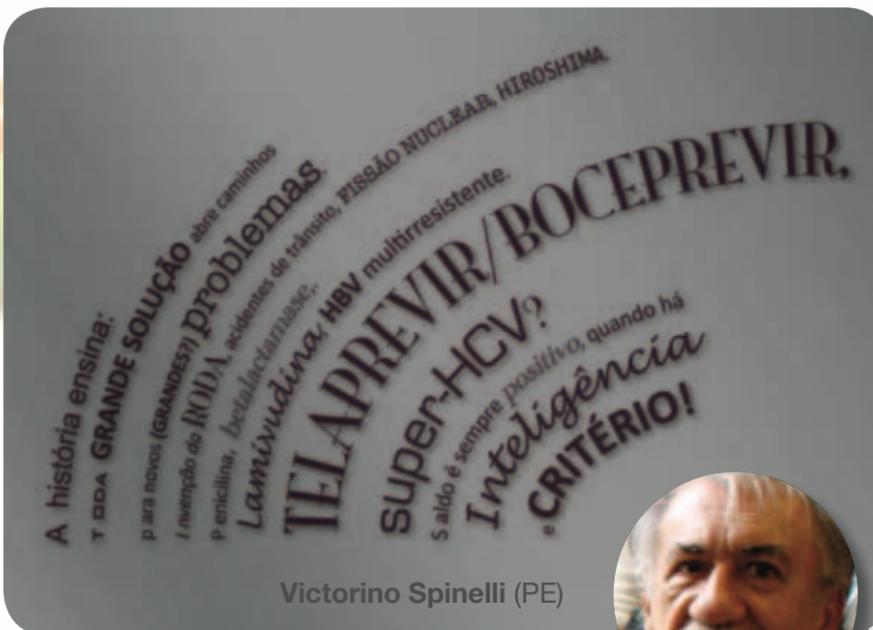


"O lead-in diminui a probabilidade de resistência aos IPs e identifica pacientes com resposta virológica rápida, que não teriam necessidade de usá-los. Posição mais definitiva virá após a publicação dos estudos (de nomes pitorescos!) de fase III."

Ângelo Mattos (RS)

"As novas drogas chegam para ficar! O entendimento da relação entre o sistema imune e o clareamento viral e a inibição da replicação do vírus com os IPs, vai permitir a erradicação completa do HCV."

Tania Reuter (ES)



Victorino Spinelli (PE)



"Poucos estudos analisaram o impacto do polimorfismo genético da IL28B na resposta ao tratamento com os IPs. IL28B ainda poderá ter espaço na seleção de pacientes com as melhores chances de RVS na era dos IPs."

Carlos Eduardo Brandão-Mello (RJ)

"Variantes do HCV com suscetibilidade reduzida ao IPs podem ocorrer antes do tratamento ou serem selecionadas pelo mesmo. Com menor capacidade replicativa que o selvagem, pode adquirir mutações adicionais que aumentam sua capacidade replicativa e possibilitam sua persistência após a remoção da droga. Fórmula para o supervírus!"

Ana Martinelli (SP)



"Os IPs não terão impacto na otimização do tratamento nos genótipos Não-1, especialmente no G3. IL28B não parece predizer RVS nos genótipos Não-1. IL28B poderia ser útil apenas nos pacientes sem RVR, associado ao alelo CC."

Giovanni Faria Silva (SP)

"Boceprevir e telaprevir são específicos para G1, sem indicação de uso para G2/3. O polimorfismo da IL28B tem resultados ainda contraditórios como fator preditivo para os IPs. Estudo recente, no entanto, sugere que em pacientes G2/3 sem RVR, IL28B CC correlaciona-se com RVS."

Henrique Sérgio Moraes Coelho (RJ)

"Que os IPs estimulam o desenvolvimento de resistência viral, não há dúvidas. O uso simultâneo de interferon e ribavirina melhora a eficácia e diminui este risco, mas é importante atentar ao surgimento de variantes resistentes, quando da utilização fora dos estudos, na prática clínica."

Edna Strauss (SP)



"A recorrência da hepatite C pós-transplante hepático provoca doença mais grave e de difícil tratamento. PEG+RBV+IP, aumentando a RVS em pacientes HCV G1, mesmo os não respondedores, trazem uma grande expectativa para os transplantados com hepatite C recorrente."

Rita Silva (SP)



"Escape viral (e insucesso do tratamento) e impossibilidade de uso de outro IP (pois há resistência cruzada) são os efeitos imediatos da resistência a estas drogas. Efeitos a longo prazo são desconhecidos."

Edson Parise (SP)

"O esquema IP+PEG+RBV emerge como o novo paradigma do tratamento da hepatite C crônica a partir de 2011. Para naïves e experimentados - não respondedores ou recidivantes. Maiores taxas de RVS, contudo, são antecipadas para os virgens de tratamento."

Rosângela Teixeira (MG)



"Temos um enorme débito social com os portadores de HCV. Todos. Governo, pesquisadores, iniciativa privada. O governo não pode ser lerdado na questão dos IPs. O país que vai sediar uma Copa do Mundo deve dar a mais efetiva terapêutica a seus cidadãos."

Gilmar Amorim de Sousa (RN)

Reportagem Especial

## Tratando hepatites na Selva Brasileira

uma entrevista com Cirley Lobato



Tratar hepatites nunca foi simples. Aos desafios trazidos pelos vírus, juntam-se as dificuldades no acesso às drogas, a complexidade do tratamento, os seus efeitos colaterais, o seu monitoramento. Todos sabemos disto — quando, o avental cobrindo a gravata, abrimos as portas dos consultórios refrigerados em áreas nobres de nossas cidades para um paciente igualmente bem-vestido e educado, sabemos que a consulta não será fácil. As demandas do tratamento são muitas.

Muda o cenário. Plano fechado: seringa cheia, interferon peguillado, a agulha rompendo a pele, o líquido invadindo o subcutâneo, o algodão. Aos poucos, abre-se o plano: a pele, o abdome, o rosto marcado pelo sol, o calor, o suor escorrendo na testa, as poucas roupas, os sons de uma língua que não é a portuguesa.

Zoom out, rápido, Google Earth, pequenas casas, os rios, o verde: a Floresta Amazônica. É lá, no meio do rio, que o **Boletim SBH** encontra sua entrevistada: Dra. Cirley Lobato tratando os seus pacientes.

*Cirley: Mário, estou quase sem bateria, no barco, com uma chuva torrencial... não sei se por onde vou passar vou conseguir internet... vou tentar. Só vou ter mesmo contato daqui a 3 dias, à tarde.*

**Boletim SBH: Bom lugar para te encontrar! A imagem que temos aqui do Sul, é mesmo esta. A equipe médica saindo de barco, indo ao encontro dos seus pacientes. Isto é real?**

*Cirley: Hoje, o Acre possui uma população em torno de 690 mil habitantes, sendo 15.852 indígenas, dispersos em 22 municípios. Aqueles mais próximos da capital, Rio Branco, o acesso se faz por estradas, em outros, somente por via aérea, às vezes em pequenos aviões mono ou bimoteres. Há localidades em que, nos meses sem chuva, o Verão Amazônico, pode-se ir por estradas em construção. Mas há municípios em que o acesso é somente fluvial. Daí vamos em pequenas embarcações. O atendimento faz parte do Programa Saúde Itinerante, do governo estadual, idealizado pelo governador eleito do estado, Tião Viana, na época senador, para levar médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, e disponibilizar exames de laboratório e imagem para a população que vive em pequenas comunidades. Não importa a distância ou as dificuldades encontradas, pois a equipe vai lá, levar esperança e saúde àquela população que muitas vezes está lá no seringal, lá na aldeia, e que não tem acesso com facilidade aos serviços de saúde.*

**Boletim SBH: Fale mais sobre como vocês fazem para ir às comunidades distantes. Vocês vão a reservas indígenas, eu suponho.**

*Cirley: Como fazemos para chegar lá? Bem, aí começa a aventura, pois dependendo do local visitado podemos ir de avião, de carro - enfrentando trechos de estrada que só pela misericórdia de Deus se consegue atravessar, de "rabetá" (pequenas embarcações puxadas por motor de popa e que muitas vezes têm que ser carregadas porque o rio está muito seco), ou ainda caminhando quilômetros, quando o único acesso*

*que se tem se dá por "varadouros" (caminhos no meio da floresta). A equipe vai, sim, onde for necessário, na reserva indígena, no município mais distante e de difícil acesso. As vezes vamos de avião até um ponto e depois, de lá, gastamos mais 1 ou 2 dias de barco, levando equipamentos, medicamentos...*

**Boletim SBH: Para quem vive em uma cidade grande passa sempre o receio da segurança. E se um carro quebra no meio da estrada, ou um barco avaria?**

*Cirley: Existe toda uma preocupação por parte do governo com a segurança do grupo, funcionários do estado que se dispõem a trabalhar nos finais de semana, já que estas atividades costumam ser desenvolvidas fora das horas de trabalho semanal. As viaturas são boas, revisadas. Mas você pergunta segurança, segurança armada? Não, não vai, pois o Senhor dos Exércitos envia seus soldados na nossa frente, abrindo o caminho.*

**Boletim SBH: Como costumam ser recebidos nas comunidades?**

*Cirley: Antes de ir para alguma localidade a Secretaria da Saúde local é contatada e se responsabiliza por fazer a divulgação para a comunidade, via rádio, para que as pessoas possam vir para o atendimento. Imagine quando você recebe uma notícia de que algo que você almeja e espera está para acontecer. A população nos recebe de forma calorosa, atendemos famílias inteiras com mãe, pai, 10, 14 filhos! Em um dos episódios de que não me esqueço, estávamos eu e o Dr. Eduardo Farias indo fazer um atendimento em um dos municípios mais distantes da capital. Quando chegamos ao aeroporto, o primeiro impacto: era um monomotor. O piloto, superamável, nos conduziu para o interior do avião, foi conversando, decolou e seguiu voando baixo, observando a natureza. Foi quando ele falou: "estamos chegando" e eu perguntei "e a pista?" "Pista? É o campo de futebol!" "Como assim? Cheio de boi??" Lá embaixo, a comunidade tirando o gado do meio*

*do campo para poder fazer o pouso. A adrenalina vai a mil, mas deu tudo certo!*

**Boletim SBH: Deve haver alguma dificuldade de comunicação. Todos falam português?**

*Cirley: Muitos indígenas falam português, mais a maioria só fala e entende sua língua nativa. Então, precisamos de intérprete, mas valem também as técnicas de comunicação - gestos, desenhos, mímica. Lembro de um treinamento que fui dar sobre prevenção das hepatites para professores indígenas, em Plácido de Castro. Foram três dias de muitas experiências de forma de comunicação, principalmente através de desenhos em que eles expressavam o que tinham entendido através do intérprete. Agora, imagine a gente tentando entender o que o paciente sente, fazer o diagnóstico (sem exames complementares sofisticados), e, depois, explicar como se toma a medicação.*

**Boletim SBH: Qual o acesso dos pacientes nas comunidades mais remotas a informações sobre as hepatites? Como eles aceitam a indicação de tratamento?**

*Cirley: Não é fácil levar informações, pois existe a dificuldade de acesso, e por mais que as pessoas responsáveis sejam treinadas existe uma rotatividade muito grande. O fato é que utilizamos principalmente rádio, pois sabemos que vai ser ouvido no local mais longínquo. Mas um fato é peculiar: como estamos em uma região onde a prevalência das hepatites é alta, a própria comunidade tem suas crenças e suposições através da observação, e fazem sua prevenção, mesmo que às vezes de forma exagerada. Lembro que, há uns sete anos, houve alguns óbitos em uma localidade e fomos eu e a Dra. Suiane fazer a investigação. Saímos de Cruzeiro do Sul em um "deslizador" (uma canoa comum com motor de popa, sem cobertura), sentindo o vento nos envolver e logo depois a chuva. Subimos o rio - 6 a 8 horas de viagem, desviando de troncos e paus no meio do rio, até chegar a Porto Walter. Fomos, então, à Unidade Mista de Saúde para colher informações*

*e seguimos para a localidade, mais 5 horas de barco rio acima! Quando chegamos, vi o morro que teríamos que subir. Quase caio para trás! As pernas, ainda dormentes e doloridas por estarem tanto tempo dobradas no barco. Mas nossa meta era chegar lá e prosseguimos. Para nossa surpresa, o local estava todo destruído. Haviam queimado tudo: casa, colchões, roupas. Já que na casa quatro pessoas haviam morrido "colocando o fígado pela boca", vomitando sangue e com os olhos amarelos, o povo achou que ali estava o perigo. Nos disseram que aquilo sempre acontecia naquela região, e que eles procediam sempre desta forma. Para proteger as outras pessoas, reconstruíam as casas o mais afastado possível do local. Coletamos material, e depois constatou-se que possivelmente havia sido um quadro de hepatite pelo vírus B e delta. Vários dos familiares dos mortos eram positivos para ambos os vírus. Na semana seguinte, dois irmãos da mesma região vieram muito graves para Cruzeiro do Sul, e um deles faleceu. O diagnóstico, hepatite B e delta.*

**Boletim SBH: No caso de populações indígenas, vulneráveis, como se dá a autorização do tratamento para hepatite C? Há termo de consentimento livre e esclarecido? Quem assina?**

*Cirley: Quando o paciente é indígena e precisa usar interferon, ele vem para Rio Branco, e fica na Casa do Índio. Todo o processo quem conduz são os responsáveis da casa. Quando alfabetizados, eles mesmos assinam os documentos necessários para iniciar o tratamento. O pior para eles é ficar na casa durante o tratamento - isto é um trauma, pois além dos efeitos da medicação, estão fora do seu habitat, da sua rotina. Para minimizar estas dificuldades a coordenação estadual de hepatites, através da coordenadora Monica Moraes, junto ao Ministério da Saúde, está fazendo capacitações para descentralizar o tratamento.*

**Boletim SBH: Como costuma ser o consumo alcoólico nestas populações? Eles aceitam sua proibição?**

*Cirley: O consumo é alto. O caxiri é uma bebida que os próprios índios preparam, com alto teor alcoólico. Mas, em geral, no momento que colocamos os risco do álcool para quem tem hepatites, eles param.*

**Boletim SBH: Medicina alternativa no tratamento das hepatites. Como o povo local costuma tratar-se?**

*Cirley: Eles têm o hábito de usar muitos chás: picão, raiz do açai, feu de paca, e encontramos certa resistência quando falamos do risco de piora do quadro hepático. Ainda é usado na população indígena o veneno do sapo, que não sabemos a repercussão para o fígado. Há os que fazem uso do daimé. Uma vez tive uma paciente que se recusou a tratar, uma porque ficaria sem tomar o referido chá, outra porque ele é que iria curá-la.*

**Boletim SBH: Como é selecionado o paciente**

**para tratamento?**

**Como é o acesso a exames de biologia molecular e à biópsia hepática?**

*Cirley: Nós seguimos o protocolo do Ministério da Saúde. No LACEN, fazemos a bioquímica e o PCR para hepatite B. O PCR para hepatite C é terceirizado. Autoanticorpos não dispomos. Na suspeita, os exames são feitos em São Paulo ou Salvador. Já as biópsias hepáticas são feitas com mais facilidade (Dr. Diógenes e Dr. Martoni fazem o procedimento). Outras vezes fazemos em forma de mutirão no interior do Estado, com a ajuda da equipe do Dr. Raymundo Paraná, que nos dá um enorme apoio - especialmente no exame anatomopatológico, o que ainda é um problema no nosso estado. Para o tratamento, também seguimos o protocolo do Ministério. No entanto, em alguns pacientes com genótipo 2 e 3, mas com comorbidades, ou ainda obesos, ou com fibrose ≥ F3, o tratamento é feito com interferon peguillado.*

**Boletim SBH: Por falar em peso, como está o peso da tua população?**

*Cirley: Não tenho dados oficiais, somente observação clínica. Percebo que pacientes com sobrepeso e obesos vêm aumentando.*

**Boletim SBH: Como é o acesso ao tratamento? Em Rio Branco, via polo? No interior há polos ou o paciente recebe a droga e leva para sua casa? Como são as casas no interior mais remoto em que a equipe chega?**

*Cirley: O tratamento é feito em polos de aplicação em três municípios: Rio Branco, Tarauacá e Cruzeiro do Sul. Na área indígena ainda não temos polo: eles ainda têm que vir para Rio Branco. Geralmente as casas nas comunidades distantes são de madeira, coberta de Brasilite, e somente agora a energia elétrica está chegando. Portanto, é a logística que dificulta a descentralização do tratamento.*

**Boletim SBH: Como é o saneamento nestas populações interioranas? E as hepatites A e E?**

*Cirley: Não temos estudo na região nem para hepatite A nem para a E. O saneamento é muito precário. Eles estão expostos a grandes riscos.*

**Boletim SBH: E quando os pacientes têm sua doença hepática descompensada, como costuma fazer?**

*Cirley: Você fala de cirrose Child-Pugh B e C? O estado do Acre tem convênio com equipe do Dr. Tercio Genzini, que vai a Rio Branco uma vez por mês para avaliar os pacientes cirróticos com indicação de transplante de fígado. Se o paciente é colocado em lista, nós acompanhamos. Quando o MELD chega em torno de 19/20, o paciente vai para São Paulo. Temos mais de 50 pacientes transplantados, sendo acompanhados por nós junto com a equipe do Dr. Tercio. Em 2011 teremos transplante de fígado em Rio Branco.*

**Boletim SBH: Como é o trabalho das ONGs no AC?**

*Cirley:*

*A associação dos portadores de hepatite do Acre - APHAC, foi a primeira ONG criada no Brasil. Ela é bastante atuante. As conquistas que temos conseguido, muitas delas são com o apoio e a luta da associação.*

**Boletim SBH: Qual a tua visão em relação ao futuro das hepatites no Acre?**

*Cirley: Em 1999 tivemos uma campanha de vacinação em massa para hepatite B - toda a população do Acre foi vacinada. Acho que esta realidade de alta prevalência vai mudar, como já aconteceu em alguns municípios do Amazonas, onde foi feito o mesmo procedimento. Mas, em relação à hepatite C, não vislumbro mudanças. O certo é que estamos empenhados para mudar este cenário, não apenas fazendo o diagnóstico, mas criando estratégias de prevenção e tratamento.*

**Boletim SBH: De zero a dez: condições de trabalho e satisfação pessoal.**

*Cirley: Seria hipócrita se falasse que nada funciona ou que está 100% funcionando. Mas uma nota não seria o bastante para expressar o que sinto e vejo em relação ao trabalho. Precisamos melhorar? Sem dúvida, mas o apoio que recebemos de outras instituições, do Dr. Paraná e seu grupo, do Dr. Tercio e sua equipe, do governo do Estado do Acre, somados à união do nosso grupo, isto têm nos ajudado a imaginar um horizonte diferente, onde a integração funciona e quem é beneficiado é o paciente. Quanto à minha satisfação pessoal, adoro fazer o que faço, dividindo com os pacientes seus anseios, suas vitórias. Para falar a verdade, eu amo as hepatites. Veja só, estou terminando esta entrevista dentro de um barco saindo de Manaus em direção a Santarém, junto com minhas filhas Geórgia Helena e Julie, e a missionária Tina e seu filho Mateus, olhando o rio Amazonas e nos preparando para fazer a obra do Senhor Jesus, ganhar almas para o reino eterno, depois de 45 dias em São Paulo, estudando em mais uma fase do doutorado, e tendo a oportunidade de conhecer melhor a população do nosso Serviço.*

**Boletim SBH: Pra terminar, um pedido.**

*Cirley: Que Deus abençoe nossos governantes, a diretoria da SBH e a todos nós que lidamos todos os dias, continuamente, com preciosas vidas, deixando muitas vezes nossa família para dar o melhor de nós naquilo que amamos. Pois podemos dar sem amar, mas não podemos amar sem dar. Madre Teresa tem uma frase que devemos lembrar todos os dias: "Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz é o que realmente importa".*



## Prêmio Claudia 2010

Entrevista com Themis Reverbel da Silveira.

Pesquisa em Hepatologia no Brasil.  
A relevância da nossa produção no contexto mundial.Flair José Carrilho, Suzane Kioko Ono-Nita e Helena S. Paschoale  
Departamento de Gastroenterologia da Universidade de São Paulo

A relevância e impacto da ciência e tecnologia sobre as ciências biomédicas têm aumentado muito nas últimas décadas, principalmente quando a biologia tornou-se molecular e o pensamento científico procurou resolver não apenas as alterações externas ou fenotípicas, mas também as genéticas. Do ponto de vista clínico, têm se buscado novas moléculas biologicamente ativas que possam apresentar baixa toxicidade, mínimos efeitos colaterais e melhora na qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, grandes investimentos nessa área de pesquisa, definição clara dos objetivos ou da “pergunta científica” e principalmente desenvolvimento de profissionais qualificados devem ser priorizados.

Em 2008, o Brasil investiu cerca de 23 milhões de reais em pesquisa e desenvolvimento, sendo um dos países com maior número de publicações indexadas, cerca de 32 mil artigos publicados no ano de 2009, o que representa 54% da produção científica da América Latina e 2,7% da mundial.

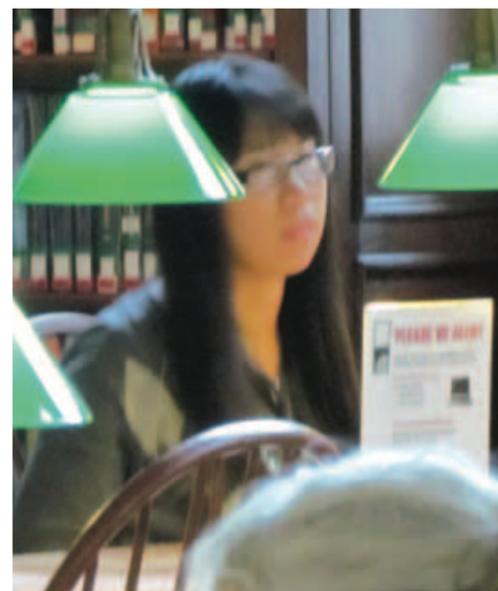
No ano de 2009, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico investiu no financiamento de 268 projetos de pesquisas na área médica. O maior investimento feito foi nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste.

Hoje, o Brasil ocupa o 13º lugar no ranking das nações com o maior volume de produção científica. Para o governo, a melhora na colocação do país (antes 15º) é fruto do maior investimento público nos últimos anos.

Dentre as doenças hepáticas, as hepatites virais são foco de atenção, uma vez que na história natural da doença pode evoluir para cirrose e carcinoma hepatocelular, que aumenta os custos de tratamento, onerando os gastos do governo com o sistema de saúde. Com isso, 2001 estudos clínicos estão

sendo conduzidos no país atualmente, sendo 95 deles na área de hepatologia, e desses, 35 (37%) em hepatites virais.

Esse fato é justificado pelas doenças hepáticas, nos últimos 10 anos, apresentarem coeficiente de mortalidade com tendência de crescimento, que sugere que novas estratégias de controle e tratamento devem ser tomadas pelo governo brasileiro. Além disso, o aumento da incidência de neoplasias hepáticas impulsiona pesquisas, na busca por novos tratamentos que sejam mais eficientes e custo-efetivos. Ainda, estudos em farmacogenética, realizados pelos nossos pesquisadores em nossa população contribuirão para uma terapia personalizada, possibilitando a investigação mais detalhada sobre a hepatologia e seus desfechos.



Themis Reverbel da Silveira criou uma escola. Gastroenterologista Infantil, com especial dedicação à Hepatologia Pediátrica, Profa. Themis encantou (e ainda encanta) gerações de alunos com sua elegância e didática exemplar. Quando jovem, Glamour Girl no Rio Grande do Sul e estudante de teatro em Paris, depois uma pesquisadora de grande estofo, inovadora, combativa pelos direitos das crianças. Em 2010, Premio Claudia na área de Ciências. Reconhecimento nacional pela sua trajetória brilhante.

**Boletim SBH: O que significa ter recebido o Prêmio Claudia 2010?**

*Themis: Claudia está ao lado da mulher brasileira há 50 anos. Muitas das conquistas femininas no nosso país foram respostas às reivindicações e anseios inicialmente mostrados e discutidos na revista. Creio que o prêmio deveu-se à contribuição dada em dois aspectos: no cuidado com a saúde das crianças, ao conceber o Programa Transplante Hepático Infantil, e pela criação do Centro de Pesquisa, ambos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Gosto da imagem mitológica do deus romano Janus: suas duas faces olham em diferentes direções - para mim simbolizam dois caminhos: numa face, zelar pela saúde dos pacientes, noutra, as pesquisas. Fiquei feliz ao receber a notificação de finalista, e verdadeiramente honrada ao ver quem já o havia recebido, como Magda Carneiro Sampaio, professora de Imunologia da USP e Mayana Zatz, geneticista. O júri é composto por pessoas de diferentes áreas que avaliam opiniões selecionadas, entrevistas com as candidatas, seus currículos e vídeos realizados nos locais de atuação de cada finalista. Ao mesmo tempo, há votação de internautas e leitores da Claudia. Tive enorme satisfação (e surpresa!) com a votação expressiva de amigos e colegas pediatras e gastro-hepatologistas de todo o Brasil, bem como de alunos e funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Luterana do Brasil.*

**Boletim SBH: Como foi a cerimônia de entrega?**

*Themis: A festa foi na Casa São Paulo, na capital paulista, um lugar muito especial, com apresentação da Orquestra Filarmônica Bachiana, de João Carlos Martins (impecável), da cantora Fernanda Takai, e uma homenagem a Lygia Fagundes Telles. O ator Eduardo Moscovis apresentou o evento. Além de familiares, amigos e alunos de Pós-Graduação do Laboratório de Hepatologia do HCPA foram a São Paulo, para minha alegria. As candidatas finalistas não tínhamos conhecimento do resultado até a abertura do envelope com o nome da vencedora. Inesquecível.*

**Boletim SBH: O que primeiro vier à cabeça?**

**Atresia Biliar:** metade dos transplantes em crianças

**Transplante Hepático:** renascimento

**PELD no Brasil:** multiplicado por 3, salvou muitas vidas

**Vacinação:** sem proteção contra Hepatite A no SUS

**Pesquisa no Brasil:** crescimento significativo e de qualidade

**Zebrafish:** novo e consolidado modelo

**Aposentadoria:** 70 anos é cedo demais!



CAMINHO  
SEM SAÍDA

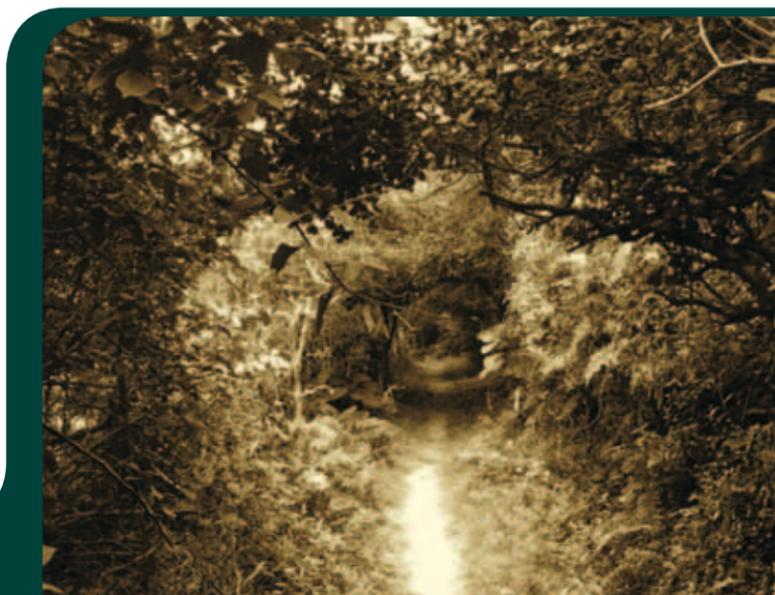
## A elastografia tecidual vai substituir a biópsia do fígado?

Edison Parise

Hepatologista, professor adjunto UNIFESP

**C**om a chegada da elastometria por Fibroscan® em vários centros brasileiros, observa-se uma crescente onda de desinformação acerca do uso desse método no estadiamento da doença hepática, tanto entre o público leigo e, pior, mesmo entre médicos. A elastometria pode retratar a fibrose presente no órgão e, poderia, assim, dispensar a biópsia hepática. Não vamos nem citar os casos em que a biópsia se faz necessária para o diagnóstico diferencial das doenças hepáticas ou, na avaliação de doenças associadas, como hepatites virais e esteato-hepatite. Enquanto a alteração estrutural descrita pela classificação histológica foi avaliada e validada através de seu significado clínico e prognóstico, não sabemos o que representa uma modificação na elasticidade. Qual a variabilidade intra e interobservador? (a variabilidade entre dois observadores não é tão insignificante quanto se pensa. O valor obtido resulta de uma média de várias determinações e nem todas as medidas são válidas, especialmente em pacientes obesos). Por outro lado, já foi demonstrado que os flares de atividade inflamatória modificam os valores obtidos, sem ter havido modificação da fibrose. Mesmo deixando-se de lado todas essas variáveis, sabe-se que a elastometria é método de excelência no diagnóstico de cirrose, com índice de acerto ao redor de 95%. Entretanto, o método não apresenta a mesma eficiência na diferenciação da fibrose avançada ( $\geq F2$ ), principalmente quando os pacientes com cirrose são excluídos da análise. É exatamente aqui que reside o maior problema a ser enfrentado. Na diferenciação

desses casos os autores têm buscado acoplar ao Fibroscan® alguns métodos bioquímicos, principalmente Fibrotest® e APRI (Castera et al.) Mesmo com esses algoritmos, cerca de 50% dos casos caem na chamada zona cinzenta, onde se recomenda a realização da biópsia. Entretanto esses algoritmos devem ser testados em cada serviço, porque os valores de corte podem ser muito variáveis. Dessa forma, o Fibroscan® poderá se mostrar uma ferramenta de extrema utilidade na avaliação dos pacientes hepatopatas, mas é necessário que se tenha uma visão real do seu valor e que não nos deixemos levar por opiniões apaixonadas ou comercialmente emotivas.



## Notas SBH

### Reunião de Expertos em Carcinoma Hepatocelular

A SBH promoveu um dia de discussão sobre carcinoma hepatocelular no último mês de Novembro, em São Paulo, reunindo os principais especialistas na área. As aulas podem ser acessadas no site [www.sbhepatologia.org.br](http://www.sbhepatologia.org.br).

### SBH lança o Circuito Nacional de Atualização Terapêutica em Carcinoma Hepatocelular

O CNATCH é direcionado a hepatologistas e oncologistas, e está dividido em cinco módulos, com aulas e discussões de casos. O cadastro on-line pode ser feito no site [www.conectcnatch.com.br](http://www.conectcnatch.com.br). Não fique fora deste circuito!

### Congresso Brasileiro de Hepatologia – reserve a data!

Em Salvador, entre 27 de Setembro e 1º de Outubro de 2011, o XXI Congresso Brasileiro de Hepatologia. As principais novidades no entendimento e no tratamento das doenças hepáticas discutidas em profundidade. Imperdível! Informações pelo email [eventus@eventussystem.com.br](mailto:eventus@eventussystem.com.br), e também no site [www.sbhepatologia.org.br](http://www.sbhepatologia.org.br).

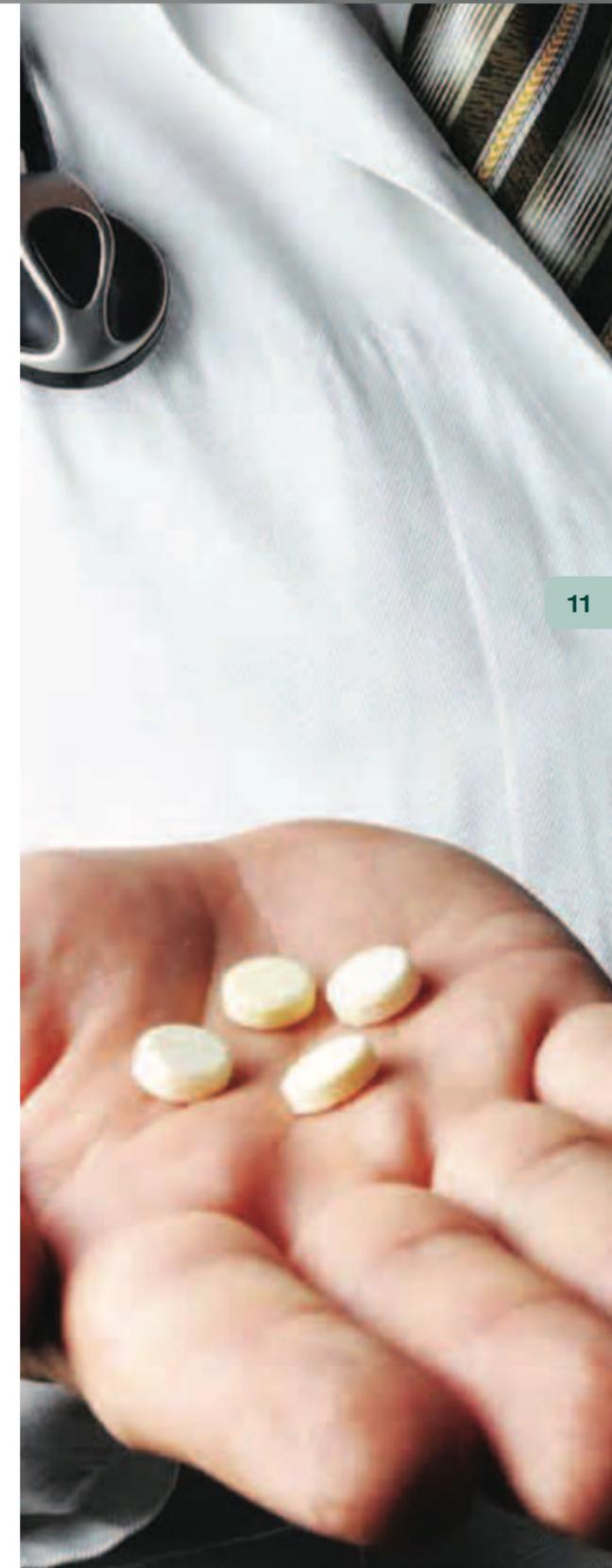
### Novo site da SBH merece uma visita demorada

Remodelado no final de 2010, o site da SBH tem vários recursos à disposição do associado e merece a sua atenção. Sabia que há como acessar a Biblioteca Cochrane através do nosso site? Reuniões de consenso? 2.187 periódicos com textos completos? O novo site da SBH é seu. Faça bom uso.

### Boletim SBH repercute entre os associados

Lançado em sua nova versão no final de 2010, o Boletim SBH tem recebido comentários positivos de vários hepatologistas do Brasil. Dentre eles, Rosângela Teixeira, de Belo Horizonte: “Lindo, moderno, chique, interessante, atrativo, atualizado, enfim, um espetáculo!”

Acesse o site [www.sbhepatologia.org.br](http://www.sbhepatologia.org.br)



**SUPERIORIDADE  
CURA** EVIDENCIADA<sup>1</sup>,  
COMPROVADA<sup>2</sup>.

PREPARE-SE PARA A **EVOLUÇÃO**



**REFERÊNCIAS:** 1 - Awad T, Thorlund K, Hauser G, Stimac D, Mabrouk M, Gluud C. Peginterferon alpha-2a is associated with higher sustained virological response than peginterferon alpha-2b in chronic hepatitis C: systematic review of randomized trials. *Hepatology* 2010;51(4):1176-84. 2 - Swain MG, Lai MY, Shiffman ML. A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alpha-2a and ribavirin. *Gastroenterology* 2010;139:1593-1601. 3 - Zeuzem S. Interferon-based therapy for chronic hepatitis C: current and future perspectives. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology* 2008;5(11):610-22.

**Pegasys® (alfapeginterferona 2a) é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida às alfainterferonas. Pegasys® (alfapeginterferona 2a) - o uso concomitante de teofilina deve ser monitorado e ajustado.**

**Pegasys® (alfapeginterferona 2a)** - Caixa com 1 seringa preenchida de 180 mcg em 0,5 mL. - USO ADULTO - **Composição:** alfapeginterferona 2a - **Indicações:** tratamento das hepatites crônicas B e C em pacientes não cirróticos e cirróticos com doença hepática compensada; tratamento da hepatite crônica C em pacientes coinfetados com o vírus HIV e retratamento da hepatite crônica C em pacientes que falharam em obter resposta virológica sustentada, após tratamento prévio com alfainterferona ou alfapeginterferona, combinada ou não à ribavirina. - **Contraindicações:** hipersensibilidade conhecida ao interferon alfa, a produtos derivados de *Escherichia coli*, ao polietilenoglicol ou a qualquer componente do produto. Hepatite autoimune, cirrose descompensada, neonatos e crianças até 3 anos de idade. A combinação Pegasys® (alfapeginterferona 2a)/ribavirina não deve ser usada em mulheres grávidas ou durante a lactação. Consulte também a bula da ribavirina. - **Precauções e advertências:** interação medicamentosa com a teofilina é observada; desta forma, deve-se monitorar a teofilina sérica e ajustar suas doses nos pacientes que receberem teofilina e alfapeginterferona 2a concomitante. Mulheres em idade fértil devem usar contracepção eficaz e segura durante a terapia. Uso na lactação não recomendado. Realizar exames oftalmológicos se alterações visuais ocorrerem. Descontinuar no caso de hipersensibilidade, alterações pulmonares ou disfunção hepática. Precaução em pacientes com doenças autoimunes e monitorização de sintomas de depressão, de doença cardíaca e dos hormônios da tireoide. Usar com precaução quando associado a agentes mielossupressores e em pacientes com neutrófilos na linha basal < 1500 células/mm<sup>3</sup>, plaquetas < 75.000 células/mm<sup>3</sup> ou hemoglobina < 10g/dL. Os pacientes que desenvolvem vertigem, confusão, sonolência ou fadiga não devem dirigir veículos ou operar máquinas. - **Reações adversas:** mais frequentes: leucopenia, neutropenia, plaquetopenia, depressão, dispnéia, fadiga, cefaleia, febre, mialgia, calafrios e alopecia. Menos frequentes: anormalidades da tireoide, arritmia cardíaca, suicídio, sangramento gastrointestinal, úlcera de córnea, hemorragia retiniana, descolamento de retina, endocardite, pneumonite intersticial com resultado fatal, embolia pulmonar, coma e hemorragia cerebral. - **Posologia: Hepatite crônica C** - 1 seringa preenchida, pronta para o uso, de Pegasys® (alfapeginterferona 2a) 180 mcg/semana, individualmente ou em combinação com a ribavirina. Recomenda-se que a ribavirina seja administrada com alimentação nas seguintes dosagens: para genótipos 1 e 4 - 1.000 mg/dia (<75 kg) ou 1.200 mg/dia (≥75 kg), e genótipos 2 e 3 devem receber ribavirina 800 mg/dia. Hepatite crônica C, pacientes virgens de tratamento - Para combinação Pegasys® (alfapeginterferona 2a) e ribavirina em pacientes virgens de tratamento recomenda-se: 48 semanas de tratamento para genótipos 1 e 4, e 24 semanas para genótipos 2 e 3. Pacientes genótipo 1, 2 e 3 com HCV RNA indetectável na 4ª semana de terapia e com carga viral pré-tratamento ≤800.000UI/mL poderão encurtar o tempo de tratamento, ou seja, 24 semanas no caso de pacientes infectados pelo genótipo 1, e 16 semanas para pacientes genótipos 2 ou 3. Pacientes genótipo 4 com HCV RNA indetectável na 4ª semana de tratamento poderão também encurtar o tempo da terapia para 24 semanas. Entretanto, um tratamento de duração menor pode estar associado a um risco maior de recidiva. Hepatite crônica C, pacientes em retratamento - O retratamento de pacientes genótipos 2 e 3 deverá ser feito com a combinação Pegasys® (alfapeginterferona 2a) e ribavirina por 48 semanas, e os pacientes genótipo 1 deverão receber 72 semanas de terapia. A dose de ribavirina deve ser de 1.000 mg/dia (<75 kg) ou 1.200 mg/dia (≥75 kg), independentemente do genótipo. Hepatite crônica B - 1 seringa preenchida, pronta para o uso, de Pegasys® (alfapeginterferona 2a) 180 mcg/semana, por 48 semanas. - via de administração: subcutânea no abdômen ou coxas. - venda sob prescrição médica. - Registro Ms - 1.0100.0565 - **A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO.** - USO RESTRITO A HOSPITAIS. - **Pegasys® (alfapeginterferona 2a) é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. Este é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer.** - Informações disponíveis à classe médica mediante solicitação a produtos Roche Químicos e farmacêuticos s.a. - Av. Engenheiro Billings, 1.729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil.

Direitos Reservados - é proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Esta é uma publicação técnico-científica para distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.