



apresentam

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções

Raquel Lima – Médica Infectologista DIAF/SES/SC

**Estabelecido pela Portaria
SCTIE/MS nº 43 de 07 de dezembro
de 2016.**

Hepatite B

Causada por um vírus DNA e considerado um vírus oncogênico.

A história natural da infecção pelo HBV é marcada por evolução silenciosa, muitas vezes sendo diagnosticada décadas após a infecção.

Estima-se que aproximadamente 1/3 da população mundial já se expôs ao vírus da Hepatite B.

Hepatite B

Apresenta sinais e sintomas inespecíficos, que costumam ter manifestação tardia.

Em indivíduos adultos expostos exclusivamente ao HBV, a cura espontânea se dá em cerca de 90% dos casos.

Hepatite B

O HBV permanece viável fora do corpo durante longo período (em uma gota de sangue, por exemplo), tendo maiores chances de infectar um indivíduo suscetível que o HIV ou HCV.

Hepatite B

O HBV pode causar hepatite aguda ou crônica.

Diferentemente do HCV, a hepatite B não necessita evoluir para cirrose para causar o carcinoma hepatocelular (CHC).

A evolução para hepatite crônica é definida como persistência do vírus ou presença do HBsAg sérico por mais de 6 meses.

Hepatite B

Significado clínico dos marcadores sorológicos da Hepatite B

HbsAg	Infecção aguda ou crônica pelo HBV
Anti HBs	Imunidade
HbeAg	Replicação viral e infectividade
Anti Hbe	Baixa replicação viral e infectividade
Anti HBc IgM	Infecção aguda, recente ou exacerbação
Anti HBc IgG	Infecção crônica ou resolvida
Anti HBs + anti HBc IgG	Infecção pregressa
HbsAg + anti HBc IgG	Infecção crônica

Fonte: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3922

Hepatite B – fases da infecção

1) Fase imunotolerante:

- * Elevada replicação viral/Carga viral elevada = elevada transmissibilidade;
 - * HBeAg reagente;
- * Transaminases normais ou pouco alteradas, pouca atividade necroinflamatória no fígado e lenta progressão da fibrose.

Hepatite B – fases da infecção

2) Fase imunorreativa:

- * HBeAg reagente;
- * Queda da carga viral;
- * Transaminases flutuantes;
- * Maior atividade necroinflamatória e evolução mais rápida da fibrose;
- * Pode durar semanas a anos;
- * Encerra-se com a soroconversão para anti-Hbe.

Hepatite B – fases da infecção

3) Estado de portador inativo:

- * HBV-DNA em níveis baixos ou indetectáveis;
- * Normalização das transaminases;
- * Organismo reprime a replicação viral.

Hepatite B – fases da infecção

4) Fase de reativação:

- * Replicação viral mesmo na vigência de HBeAg não reagente;
- * Atividade necroinflamatória persistente, com progressão da fibrose;
- * Baixas taxas de remissão espontânea.

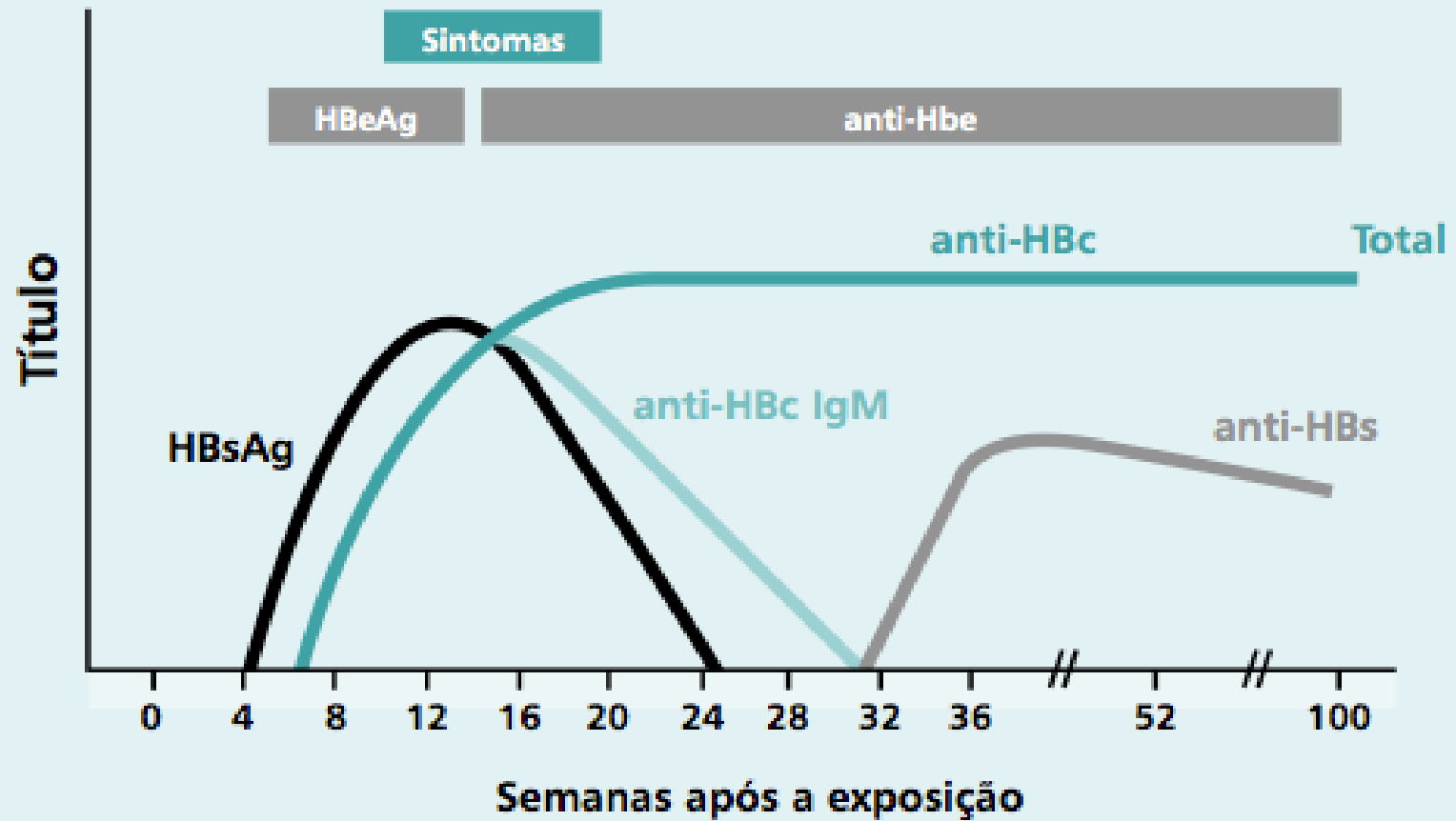
Hepatite B – fases da infecção

5) Fase HBsAg negativa:

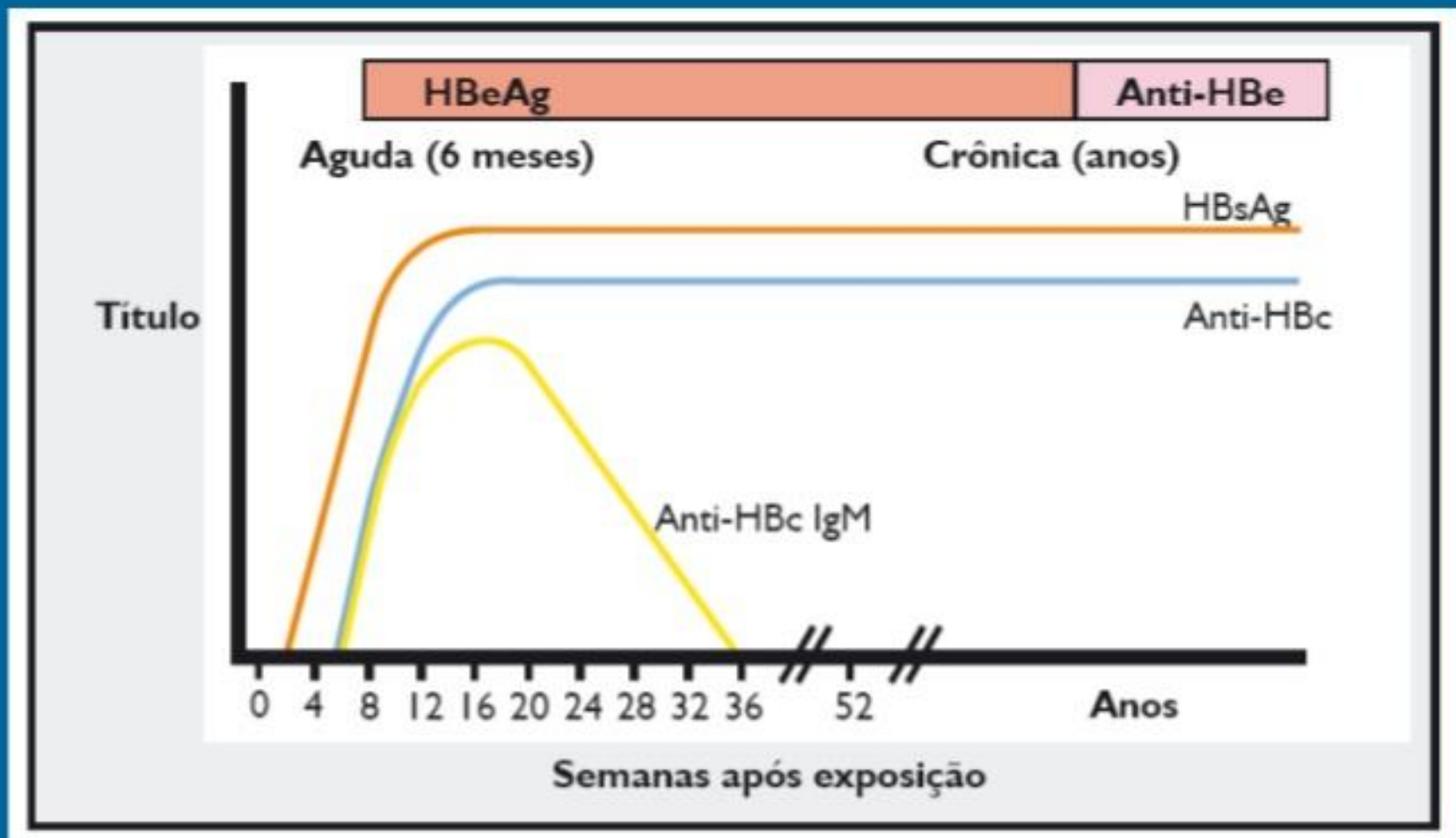
- * HBV-DNA em níveis baixos ou indetectáveis;
 - * Baixa replicação viral;
 - * Atenção especial em situações de imunossupressão – reativação.

Curso sorológico da hepatite B aguda

Curso Sorológico Típico



Evolução dos marcadores sorológicos durante a Hepatite B crônica



Hepatite B

Abreviatura	Definição	Significado Clínico
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B	Primeiro marcador da infecção por HBV. Aparece de um a três semanas antes dos sintomas. Sua presença junto com o anti-HBc indica presença de infecção. Persistência por mais de seis meses indica infecção crônica. Desaparece nos primeiros seis meses da doença quando a evolução é para a cura.
Anti-HBc IgG ou Total	Anticorpo IgG contra o HBsAg	Marcadores contato prévio com o vírus da hepatite B. Não indica imunidade.
Anti-HBc IgM*	Anticorpo IgM contra o HBsAg	Não é induzido pela vacinação. *Aparece com o início dos sintomas. *Marcador da infecção aguda recente. *Pode persistir por seis meses.
HBeAg	Antígeno de replicação viral	Aparece pouco antes dos sintomas. Indica alta infectividade. Sua persistência no soro indica replicação viral independente da fase da doença (aguda ou crônica).
Anti-HBe	Anticorpo contra o HBeAg	Aparece dentro de poucas semanas após a perda do HbeAg. Indica declínio de infectividade.
Anti-HBs	Anticorpo contra o HBsAg	Aparece um a três meses após a vacinação contra a hepatite B ou após a recuperação de uma infecção aguda. Indica imunidade à hepatite B

Hepatite B – Tratamento

Critérios de inclusão do PCDT:

- * Paciente com HBeAg reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade (LSN);
- * Adulto maior de 30 anos com HBeAg reagente;
- * Paciente com HBeAg não reagente, HBV-DNA >2.000 UI/mL e ALT > 2x LSN.

Hepatite B – Tratamento

Outros critérios de inclusão para tratamento independentemente dos resultados de HBeAg, HBV-DNA e ALT para hepatite B sem agente Delta:

- *História familiar de CHC;
- *Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa;

Hepatite B – Tratamento

- * Coinfecção HIV/HBV ou HCV/HBV;
- * Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias);
 - * Reativação de hepatite B crônica ;
 - * Cirrose/insuficiência hepática;
- * Biópsia hepática METAVIR \geq A2F2 ou elastografia hepática $> 7,0$ kPa;
- * Prevenção de reativação viral em pacientes que irão receber terapia imunossupressora (IMSS) ou quimioterapia (QT) = situações especiais.

Hepatite B – Tratamento Alfapeginterferona 2A

Indicada para tratamento de pacientes com HBeAg
REAGENTE

Terapia de 48 semanas

iii. Alfapeginterferona: GRADE

Hepatite B crônica HBeAg reagente		
Regime terapêutico	Tempo de tratamento	GRADE
Alfapeginterferona 180 mcg/semana	48 semanas	1A
Alfapeginterferona 1,5 mcg/kg/semana	48 semanas	1A

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Hepatite B – Tratamento Alfapeginterferona 2A

Contraindicações ao tratamento com alfapeguinterferona:

- Consumo atual de álcool e/ou drogas;
- Cardiopatia grave;
- Disfunção tireoidiana não controlada;
- Distúrbios psiquiátricos não tratados;
- Neoplasia recente;
- Insuficiência hepática;
- Antecedente de transplante, exceto hepático;
- Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia;
- Doença autoimune;
- Intolerância ao medicamento.

Hepatite B – Tratamento

TENOFOVIR

Todos os pacientes que apresentem critérios de inclusão de tratamento são candidatos à terapia com tenofovir.

Esse medicamento constitui a primeira linha de tratamento para a Hepatite B crônica.

Apresenta elevada potência de supressão viral e alta barreira genética de resistência contra as mutações do HBV.

Hepatite B – Tratamento

TENOFOVIR

i. Tenofovir: GRADE

Infecção pelo HBV		
Regime terapêutico	Tempo de tratamento	GRADE
Tenofovir 300 mg/dia	Indeterminado, conforme conversão sorológica	1A

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Hepatite B – Tratamento

TENOFOVIR

Contraindicações ao tratamento com tenofovir:

- Doença renal crônica;
- Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo;
- Terapia antirretroviral com didanosina (ddI);
- Cirrose hepática (contra-indicação relativa);
 - Intolerância ao medicamento.

Hepatite B – Tratamento

ENTECAVIR

Indicado nas situações em que houver contra-indicação ao uso do tenofovir ou presença de alteração da função renal em decorrência do seu uso.

Primeira linha para pacientes em tratamento de imunossupressão e quimioterapia.

Recomenda-se evitar seu uso em pacientes já experimentados com lamivudina ou telbivudina – possibilidade de resistência.

Hepatite B – Tratamento

ENTECAVIR

ii. Entecavir: GRADE

Pacientes virgens de tratamento e/ou portadores de cirrose Child-Pugh A		
Regime terapêutico	Tempo de tratamento	GRADE
Entecavir 0,5 mg/dia	Indeterminado, conforme conversão sorológica	1A
Pacientes portadores de cirrose Child-Pugh B ou C		
	Tempo de tratamento	GRADE
Entecavir 1,0mg/dia*	Indeterminado, conforme conversão sorológica	1A

Fonte: DIAHV/SVS/MS

* Posologia obtida com a prescrição de 2 comprimidos de 0,5 mg/dia.

Classificação CHILD-PUGH

Cirrose – Fator de classificação de Child-Pugh	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica, g/l (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 (< 3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7 – 2,3	>6 >2,3

Hepatite B crônica – Classificação CHILD-PUGH

*O score é baseado nos níveis séricos de bilirrubinas, albumina, INR e relato de presença ou ausência de ascite e encefalopatia hepática. É calculado somando-se os pontos dos cinco fatores descritos, variando entre 5 e 15 pontos. Divide-se em classes: A (5-6 pontos), B (7-9 pontos) e C (acima de 10 pontos).

Hepatite B – Objetivos do Tratamento

O objetivo principal do tratamento é reduzir o risco de progressão da doença hepática e de seus desfechos primários, especificamente cirrose, CHC e óbito.

A perda sustentada do HBsAg, com ou sem soroconversão para anti-HBs, é o resultado ideal da terapia, porém raramente é alcançado.

Hepatite B – Objetivos do Tratamento

- * HBsAg persistente e HBeAg reagente: soroconversão para anti-HBe é um desfecho satisfatório. Independentemente da soroconversão para anti-HBe e da negatização do HBeAg, deve-se buscar a normalização da ALT e a redução do HBV-DNA para menos de 2.000 UI/mL ou no limite de indetectabilidade.

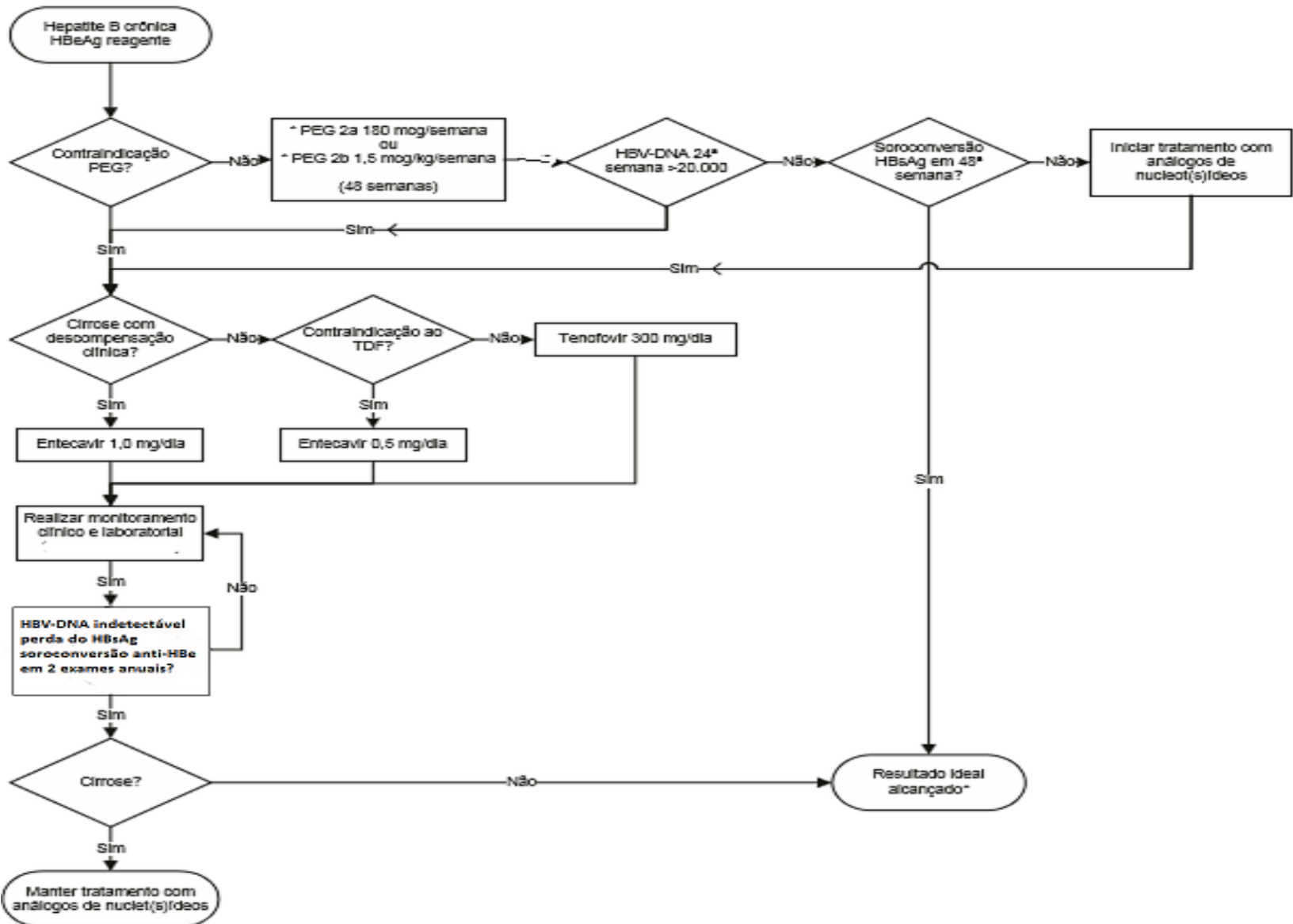
Hepatite B – Objetivos do Tratamento

- * HBsAg persistente, HBeAg não reagente e anti-HBe reagente: o desfecho que se busca é a normalização da ALT e a redução do HBV-DNA para menos de 2.000 UI/mL ou no limite de indetectabilidade.

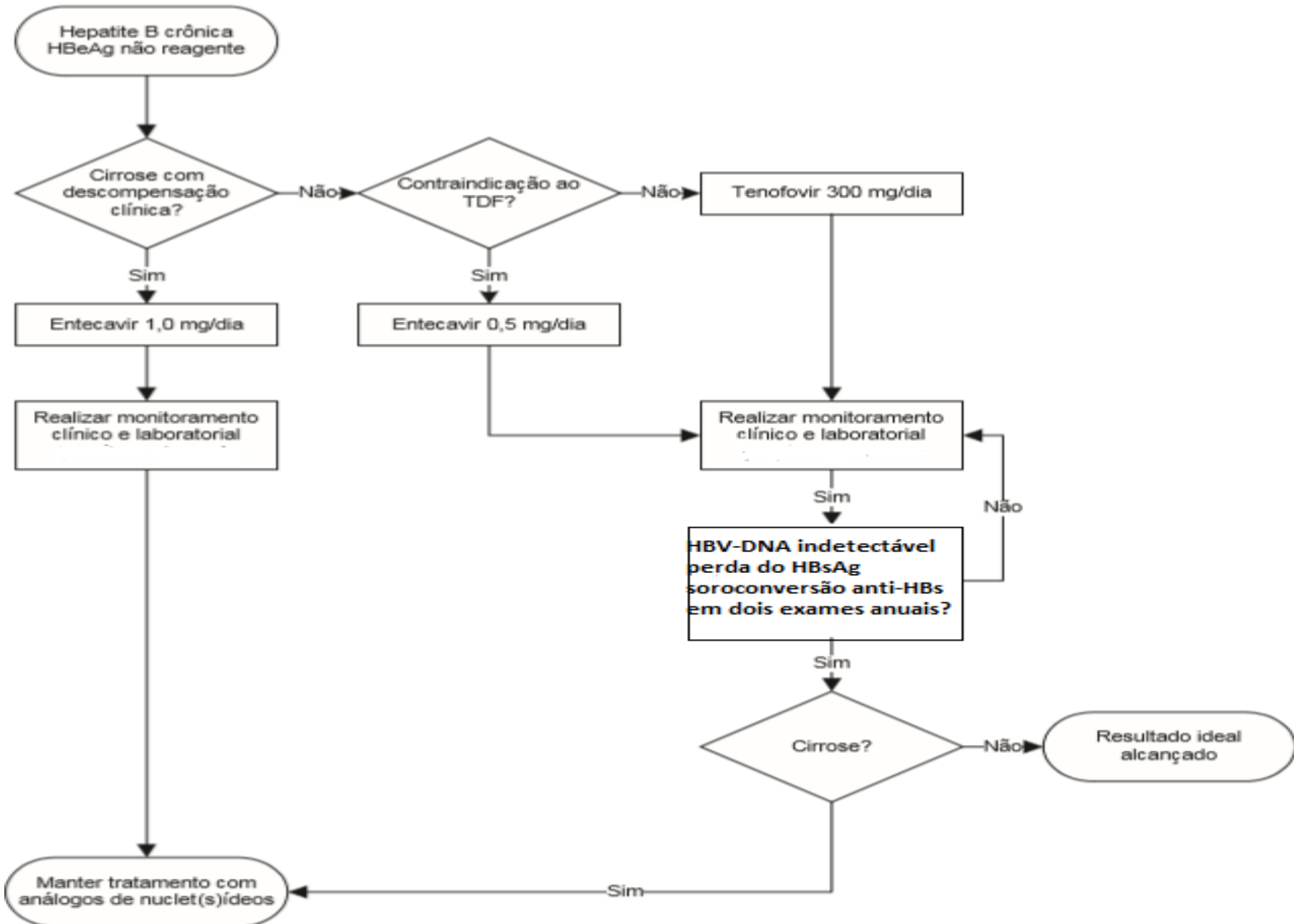
Hepatite B – Objetivos do Tratamento

- *Pacientes portadores de cirrose hepática: a redução da carga viral e o desaparecimento do HBeAg, espontâneos ou induzidos por tratamento, associam-se à diminuição no risco de carcinogênese, descompensação clínica e melhora da qualidade de vida.
- *Todos os pacientes em que o resultado ideal não foi alcançado devem permanecer em acompanhamento ambulatorial regular para monitoramento da cirrose hepática e investigação de CHC.

Fluxograma: tratamento da Hepatite B Crônica HBeAg REAGENTE



Fluxograma: Tratamento da Hepatite B Crônica HBeAg NÃO reagente



Anexos obrigatórios

Para todos os casos de tratamento, terapia profilática ou preemptiva ou troca de terapia:

- *LME completamente preenchida e sem rasuras;
- *Receita médica;
- *Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e paciente;
- *Formulário médico para a solicitação de medicamentos (Nota Técnica 01/2017 DIAF/SUV/SES/SC).



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE
MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO CEAF PARA O
TRATAMENTO DE HEPATITE B E COINFECÇÕES
PORTARIA SCTE/MS Nº 43 07/12/2016



Eu (médico) _____, portador(a) do CRM: _____, declaro para os devidos fins de
solicitação de medicamentos para tratamento da hepatite B, que o(s) paciente _____
satisfaz os seguintes critérios:

1- CRITÉRIO DE INCLUSÃO (marcar 1 item – com comprovação por exame laboratorial):

1.1 Dados clínicos para pacientes sem Agente Delta:

- Paciente com HBeAg reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade (LSN)
 Adulto maior de 30 anos de idade com HBeAg reagente
 Paciente com HBeAg não reagente: HBV-DNA > 2.000 UI/ml, e ALT > 2x LSN

OU

1.2 Características individuais e familiares:

- História familiar de hepatocarcinoma
 Manifestações extra-hepáticas: neuropatia com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e
poliarterite nodosa
 Coinfecção HIV/HBV ou HCV/HBV
 Hepatite aguda grave (coagulopatia ou icterícia por mais de 14 dias)
 Reativação de hepatite B crônica
 Cirrose/insuficiência hepática
 Biópsia hepática METAVIR ≥ A2F2 ou elastografia hepática > 7,0 kPa
 Prevenção de reativação viral em pacientes que receberam terapia imunossupressora (IMSS) ou quimioterapia (QT)
 Hepatite Delta

OU

1.3 Paciente com Agente Delta:

- Anti-HDV IgG reagente
 Anti-HDV IgM reagente
 HDV-RNA detectável
 Exame histopatológico

2- TRATAMENTO PARA HEPATITE B SEM AGENTE DELTA E HBeAg NÃO REAGENTE:

- Tenofovir* 300mg () Entecavir 0,5mg

2.1 Paciente possui contraindicação ao uso do TENOFOVIR*:

- Doença renal crônica
 Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo
 Terapia antirretroviral com didanosina (ddI)
 Cirrose hepática (contraindicação relativa)
 Intolerância ao medicamento.

2.2 Paciente possui CÍRROSE DESCOMPENSADA?

- Sim. Escore Child-Pugh: _____
 Não

3- TRATAMENTO PARA HEPATITE B SEM AGENTE DELTA E HBeAg REAGENTE:

- () Alfaceginterferona* 2a 180mcg () Alfaceginterferona* 2b 80mcg
() Alfaceginterferona* 2a 180mcg () Alfaceginterferona* 2b 100mcg
() Alfaceginterferona* 2a 180mcg () Alfaceginterferona* 2b 120mcg

*Caso exista contraindicação ao uso do Alfaceginterferona, favor marcá-la no item 4.2

4- TRATAMENTO PARA HEPATITE B COM AGENTE DELTA:

- () Alfaceginterferona* 2a 180mcg/semana + Tenofovir* () Alfaceginterferona* 2a 180mcg/semana + Entecavir

* Caso exista contraindicação ao uso de Tenofovir, favor marcá-la no item 2.1

* Caso exista contraindicação ao uso do Alfaceginterferona, favor marcá-la no 4.2

4.1 Paciente possui contraindicação ao uso do Alfaceginterferona* 2a 180mcg?

- () NÃO () SIM*

*Caso exista contraindicação ao uso do Alfaceginterferona, favor marcá-la no item 4.2

4.2 Contraindicação ao uso de ALFACEGINTERFERONA

- () Consumo atual de álcool e/ou drogas
() Cardiopatia grave
() Distúrbio tireoideano não controlado
() Distúrbios psiquiátricos não tratados
() Neoplasia recente
() Insuficiência hepática
() Antecedente de transplante, exceto hepático
() Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia
() Doença autoimune
() Intolerância ao medicamento

5- MANEJOS:

Paciente com contraindicação/resistência ao Entecavir? () SIM () NÃO

Paciente com contraindicação/resistência ao Tenofovir? () SIM () NÃO

Paciente com contraindicação/resistência à Lamivudina? () SIM () NÃO

Paciente com contraindicação/resistência ao Adefovir? () SIM () NÃO

6- SITUAÇÕES ESPECIAIS:

6.1 Coinfecção HBV-HIV:

- () Coformulação antiviral + antirretroviral (obtida pela Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica)

6.2 Coinfecção HBV-HCV:

- () Opção de tratamento primário do HCV
() Opção de tratamento simultâneo HBV e HCV

6.3 Imunosupressão e quimioterapia:

6.3.1 Pré-requisito para tratamento profilático ou preemptivo:

- () Paciente fará uso de quimioterápicos ou outros medicamentos imunossupressores com alto risco de reativação viral
() Paciente fará uso de quimioterápicos ou outros medicamentos imunossupressores com risco moderado/baixo de reativação
() Paciente fará uso de quimioterápicos ou outros medicamentos imunossupressores com risco moderado/baixo de reativação
() O paciente possui neoplasia ou doença com manifestação grave
() Paciente com HBeAg reagente ou não reagente com anti-HBe reagente candidato à terapia com anti-CD20 (rituximabe), anti-CD52 (alemtuzumab), quimioterapia para neoplasia hematológica e transplante de medula óssea.

6.3.2 Dados adicionais:

- () HBV-DNA indetectível
() Paciente já utilizou Lamivudina
() Terapia antiviral profilática ou preemptiva
() Terapia por tempo indeterminado

6.3.3 Antiviral indicado:

- () Entecavir 0,5mg
() Lamivudina 150mg (Na indisponibilidade do Entecavir 0,5mg)
() Tenofovir 300mg

7- MONITORAMENTO:

- () Aumento da viremia maior ou igual a 2 log
() Resparcimento HBV-DNA
() Soroc conversão HbsAg em paciente antes HbsAg não reagente.

Assinatura e carimbo de médico

DIAF
Local e data
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Anexos obrigatórios

Para todos os pacientes:

Número de **SINAN**;

HBsAg positivo no soro por mais de 6 meses;

Anti-HCV – 6 meses;

Anti-HIV – 6 meses;

HBeAg e Anti-HBe – 6 meses;

Beta-HCG – 3 meses antes da solicitação do medicamento ou documento de esterilização;

Hemograma – 6 meses;

TAP com Razão Normalizada Internacional (INR) – 6 meses;

AST/TGO – 6 meses;

ALT/TGP – 6 meses;

Albumina – 6 meses;

Creatinina plasmática – 6 meses;

HBV-DNA – 6 meses;

Anexos obrigatórios

Conforme a indicação de tratamento ou situação especial:

Manifestação extra-hepática: laudo médico;

Coinfecção HIV ou HCV: sorologia ou exame molecular – validade indeterminada;

Hepatite aguda grave: coagulograma, bilirrubinas ou laudo médico – 30 dias;

Reativação: HBV DNA atual e prévio à reativação – validade indeterminada;

Biópsia hepática METAVIR > F2: histopatológico – validade indeterminada;

Elastografia hepática > 7,0kPa: laudo do exame – validade indeterminada;

Cirrose ou insuficiência hepática: USG com sinais de hipertensão portal ou EDA com varizes de esôfago ou coagulograma e albumina alterados, além da classificação CHILD em laudo com exames comprobatórios – 3 meses

Indicação de tratamento com Interferon: TSH/T4L – 3 meses

Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo: Densitometria óssea – validade indeterminada. |

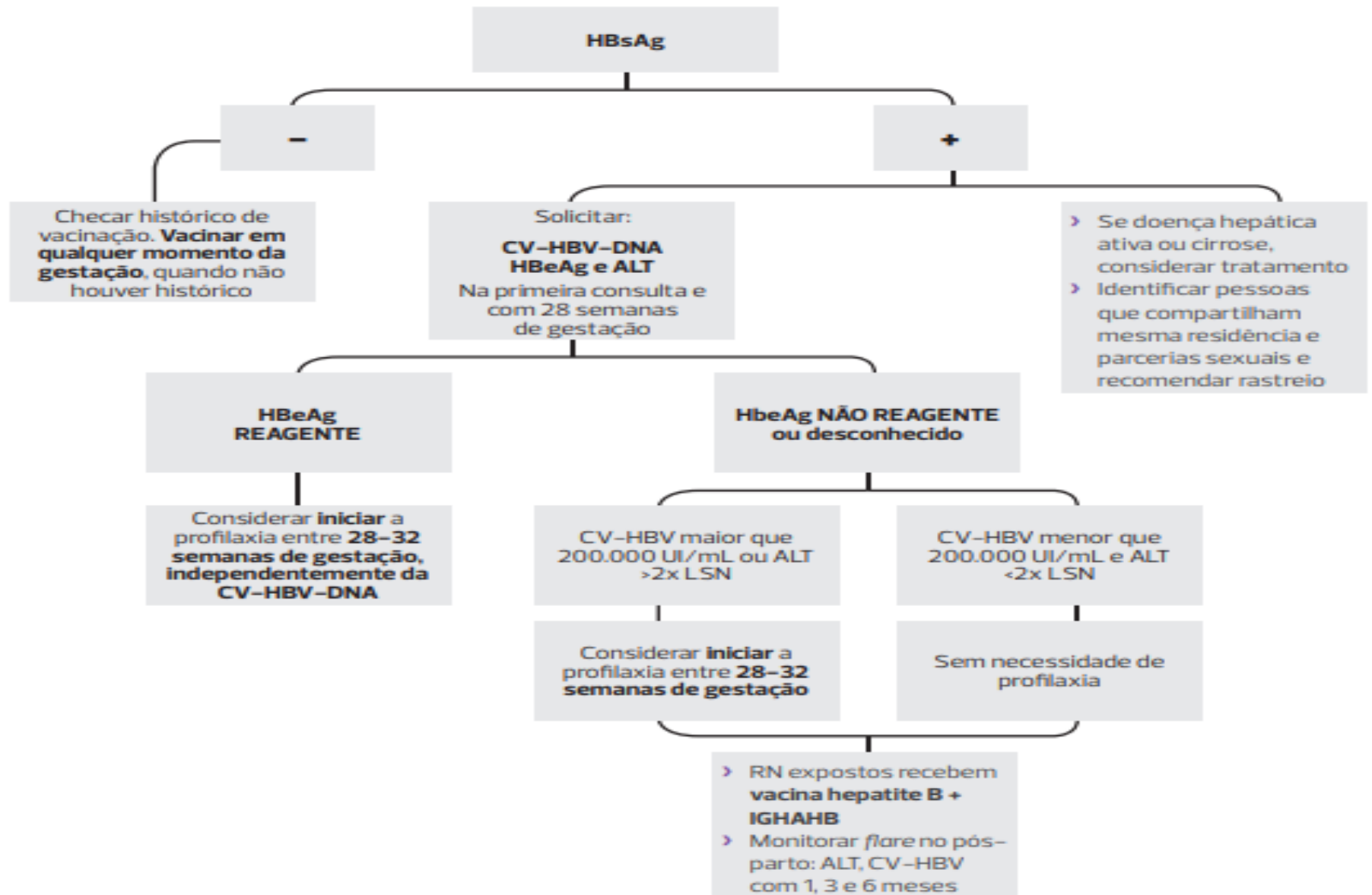
Situações especiais - gestação

Quando a gestante é portadora de infecção crônica por HBV, com perfil sorológico HBsAg/HBeAg positivo, há um grave risco para o RN.

O leite materno em mães portadoras do HBV não representa risco adicional de transmissão, mesmo em crianças que não receberam a imunoprofilaxia.

A terapia deve ser feita com tenofovir 300mg/dia.

Fluxograma para gestante HBsAg REAGENTE e RN exposto



Situações especiais - gestação

- A manutenção do tratamento no pós-parto deve ser avaliada individualmente. Em caso de HBeAg positivo, recomenda-se manter tratamento pós-parto;
- Alfapeginterferona e entecavir são **CONTRAINDICADOS** na gestação. Deve-se substituir a terapia por tenofovir;
- Em caso de contraindicação ao uso de tenofovir, deve-se utilizar terapia com lamivudina.

Situações especiais – gestação

Anexos obrigatórios

- Cópia dos exames HBeAg e anti-Hbe;
- Cópia do exame HBV-DNA quantitativo (se HBeAg NÃO reagente);
- Relatório médico contendo idade gestacional;
- LME, termo, receita, formulário médico.

Situações especiais - Coinfecções

- * HIV/HBV: O tenofovir e a lamivudina são fármacos antirretrovirais com atividade contra o HIV e contra o HBV, diminuindo o risco de progressão para cirrose e CHC;
- * HCV/HBV: Pacientes coinfectedados pelo vírus da hepatite B com o vírus da hepatite C podem ser submetidos ao tratamento do vírus predominante (habitualmente o vírus C) quando se configura indicação de tratamento conforme o PCDT para Hepatite C e Coinfecções, ou submetidos ao tratamento simultâneo.

Situações especiais – imunossupressão/quimioterapia

- *Terapia imunossupressora ou quimioterapia em pacientes HBsAg ou anti-HBc IgG reagentes pode levar a hepatite grave, insuficiência hepática e óbito;
- *As terapias antiviral profilática (antes da reativação) e preemptiva (após a reativação) deverão ser mantidas por 6 a 12 meses após o término do tratamento imunossupressor. Caso a terapia seja por tempo indefinido (transplante renal e hepático, por exemplo), o análogo também deverá ser mantido indefinidamente. A medicação de escolha é o entecavir.

Situações especiais – imunossupressão/quimioterapia

*Pacientes com HBsAg reagente ou HBsAg não reagente com anti-HBc reagente (independentemente dos títulos de anti-HBs), que são candidatos à terapia com anti-CD20 (rituximabe), anti-CD52 (alemtuzumab), quimioterapia para neoplasias hematológicas e transplante de medula óssea, são considerados de alto risco para reativação viral, devendo receber terapia profilática antes do início do tratamento, independentemente dos níveis de HBV-DNA.

Situações especiais – imunossupressão/quimioterapia

ANEXO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA REATIVAÇÃO DO HBV

Nível do risco	HBsAg(+)	HBsAg(-) e anti-HBc(+)	Terapia antiviral
Alto	Quimioterapia; anti-CD20 e/ou anti-CD52; imunossupressores para transplante (células-tronco, órgão sólido); esteroides em combinação com outros imunossupressores.	Quimioterapias para malignidade hematológica; anti-CD20 e/ou anti-CD52.	Profilaxia
Moderado	Anti-TNF; manutenção isolada de esteroides em baixas doses; outras terapias imunossupressoras sem esteroides.	Quimioterapia para tumores sólidos; imunossupressores para transplante (células-tronco, órgão sólido); esteroides em combinação com outros imunossupressores.	Profilaxia ou preemptiva
Baixo	Esteroides isolados por poucos dias.	Anti-TNF; manutenção isolada de esteroides em baixas doses; outras terapias imunossupressoras sem esteroides.	Nenhuma profilaxia

Modificado com autorização de Jessica P. Hwang e Anna S. Lok (330)

Imunossupressão/quimioterapia

Anexos obrigatórios

- SINAN é opcional;
- Cópia do exame HBsAg positivo OU HBsAg negativo com anti-HBc positivo;
- Cópia do exame anti-HIV – validade 6 meses;
- Cópia do exame de creatinina – validade 6 meses
- Relatório médico do histórico do paciente contendo o tempo previsto para uso do medicamento e comprovação por exames;
- LME, termo, receita, formulário.

Situações especiais – insuficiência renal

Ajuste da dose para pacientes com insuficiência renal

Clearance de creatinina	30-49 mL/min	10-29 mL/min	< 10 mL/min
Tenofovir	300 mg a cada 48 horas	300 mg a cada 72 horas	300 mg 1x semana*
Entecavir	0,5 mg a cada 48 horas	0,5 mg a cada 72 horas	0,5 mg 1x semana

* Somente em pacientes em hemodiálise, com período máximo de 12 horas de diálise por semana. Não há dados referentes à diálise peritoneal ou à hemofiltração, sendo aconselhada a substituição do medicamento ou a redução da dose nesses casos (331).

Anexos obrigatórios para troca de esquema terapêutico

- Relatório médico do histórico do paciente e comprovação da indicação da troca;
- LME, termo, formulário médico e receita.

Adesão ao tratamento

- O paciente portador de hepatite B deve ser imunizado para a hepatite A;
- O paciente também deve receber insumos e orientações para praticar sexo seguro e evitar a ingestão de álcool;
- Recomenda-se que os serviços estimulem a adesão do paciente ao tratamento, com o envolvimento de **todos** os profissionais.

Adesão ao tratamento

- As orientações de prevenção às hepatites virais devem ser compartilhadas com os contatos domiciliares e parceiros sexuais. A prevenção requer atitudes e práticas seguras – a exemplo do uso adequado do preservativo e do não compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene pessoal, como escovas de dente, alicates de unha, lâminas de barbear ou depilar. Essas orientações devem permear todos os momentos do atendimento aos portadores de HBV.

Contatos DIAF

E-mails:

hepatitediaf@gmail.com

limaraq@saude.sc.gov.br

Telefones (48) 3665 - 4512 ou 4519

Fórum Hepatites em 07/08/2018

Obrigada!

Perguntas e respostas