



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA



BRUNA MARIA DOS SANTOS NOGUEIRA

**TRATAMENTO DAS HEPATITES B E C EM ADULTOS NO BRASIL E A
IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

OURO PRETO

2026

BRUNA MARIA DOS SANTOS NOGUEIRA

**TRATAMENTO DE HEPATITES B E C EM ADULTOS NO BRASIL E A
IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO**

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da
Universidade Federal de Ouro Preto como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Farmácia

Orientadora: Dra. Isabela Neves De Almeida

OURO PRETO

2026



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS



FOLHA DE APROVAÇÃO

Bruna Maria dos Santos Nogueira

Tratamento das Hepatites B e C em adultos no Brasil e a importância do farmacêutico na adesão ao tratamento

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de farmacêutico generalista.

Aprovada em 04 de março de 2026.

Membros da banca

Dr^a - Isabela Neves de Almeida - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Msc. Fernanda de Macedo Silva - Universidade Federal de Ouro Preto
Dr.^a Izabela Galvão - Universidade Federal de Ouro Preto

Prof^aDr^a Isabela Neves de Almeida, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 30 de abril de 2026.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Neves de Almeida, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 05/08/2026, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1152739** e o código CRC **7E120142**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder força, sabedoria e perseverança ao longo dessa caminhada. Nos momentos de dificuldade, foi a fé que me sustentou e me deu coragem para continuar.

Aos meus pais, que são meu maior exemplo de dedicação e amor, agradeço por todo apoio, incentivo e confiança depositados em mim. Sem vocês, nada disso seria possível. Obrigada por acreditarem nos meus sonhos e por estarem sempre ao meu lado. Ao meu irmão Marcelo, que sempre foi amigo e companheiro em todos os momentos.

Aos meus familiares, em especial, à minha tia Teia, farmacêutica e meu maior exemplo de profissional. Agradeço pelo carinho, amor e pelas oportunidades de estágio e todo aprendizado.

Aos meus amigos, em especial, Paula, Ramon e Thais, que tornaram essa trajetória mais leve e especial, agradeço pela parceria, pelas palavras de apoio, pelas risadas, momentos bons e ruins. Vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Ao meu namorado, agradeço pelo companheirismo, paciência e incentivo constante. Obrigada por estar presente nos momentos de ansiedade e por sempre me motivar a seguir em frente, mesmo quando tudo parecia difícil.

Aos professores da Escola de Farmácia, por todo conhecimento compartilhado, dedicação e contribuição para minha formação acadêmica e profissional. Em especial a minha orientadora Isabela. Cada ensinamento foi fundamental para a construção deste trabalho e para minha trajetória como futura profissional.

À Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), por proporcionar ensino gratuito e de qualidade, por todas as oportunidades oferecidas e por ser o espaço onde cresci não apenas academicamente, mas também como pessoa.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para minha jornada e o fim desse ciclo, meu sincero agradecimento à: Amanda, Mariana, República Bem-Me-Quer, minhas amigas de infância e a todos que de alguma forma se fizeram presentes durante o curso.

RESUMO

As hepatites virais B e C configuram-se como importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, devido à elevada morbimortalidade associada às suas formas crônicas e complicações hepáticas, como cirrose e carcinoma hepatocelular. Apesar dos avanços terapêuticos alcançados nas últimas décadas — incluindo antivirais de alta eficácia e menor tempo de tratamento — a adesão terapêutica permanece como um dos principais desafios para o sucesso clínico. Este estudo teve como objetivo analisar as diretrizes e protocolos terapêuticos das hepatites B e C em adultos no Brasil, bem como discutir a importância da atuação do farmacêutico na promoção da adesão ao tratamento. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca realizada entre janeiro e março de 2026 nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, da ANVISA e da Organização Mundial da Saúde. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos relacionados ao diagnóstico, manejo e tratamento das hepatites B e C. Os resultados evidenciam que o Brasil dispõe de protocolos clínicos atualizados e medicamentos eficazes disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, como tenofovir, entecavir e antivirais de ação direta. Contudo, a adesão ao tratamento, especialmente nos casos de terapia prolongada para hepatite B, ainda representa um desafio relevante. Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico do farmacêutico na dispensação, orientação, acompanhamento farmacoterapêutico e monitoramento de eventos adversos, contribuindo para melhores desfechos clínicos e fortalecimento das políticas públicas de enfrentamento das hepatites virais. Conclui-se que a atuação integrada e multiprofissional, com ênfase no cuidado farmacêutico, é fundamental para o alcance das metas de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030.

Palavras-chave: Hepatite B; Hepatite C; Antivirais; Adesão ao Tratamento; Assistência Farmacêutica; Saúde Pública.

ABSTRACT

Viral hepatitis B and C represent major public health challenges in Brazil and worldwide due to the high morbidity and mortality associated with their chronic forms and hepatic complications, such as cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Despite significant therapeutic advances in recent decades — including highly effective antiviral drugs and shorter treatment regimens — treatment adherence remains one of the main challenges to clinical success. This study aimed to analyze the therapeutic guidelines and protocols for hepatitis B and C in adults in Brazil and to discuss the importance of the pharmacist's role in promoting treatment adherence. This is a narrative literature review conducted between January and March 2026 using the SciELO, PubMed, and Virtual Health Library databases, in addition to official documents from the Ministry of Health, ANVISA, and the World Health Organization. Scientific articles published in the last ten years, clinical guidelines, and therapeutic protocols related to the diagnosis, management, and treatment of hepatitis B and C were included. The findings indicate that Brazil has updated clinical protocols and effective medications available through the Unified Health System, such as tenofovir, entecavir, and direct-acting antivirals. However, treatment adherence — especially in long-term therapy for hepatitis B — remains a significant challenge. In this context, the pharmacist plays a strategic role in medication dispensing, patient counseling, pharmacotherapeutic follow-up, and adverse event monitoring, contributing to improved clinical outcomes and strengthening public health policies aimed at combating viral hepatitis. It is concluded that integrated and multiprofessional care, with emphasis on pharmaceutical care, is essential to achieve the global goal of eliminating viral hepatitis as a public health problem by 2030.

Keywords: Hepatitis B; Hepatitis C; Antivirals; Treatment Adherence; Pharmaceutical Care; Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de detecção. Brasil, 2014 a 2024.....	18
Tabela 2 – Taxa de detecção de casos de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2024.....	19
Tabela 3 – Taxa de detecção de casos de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo Unidade da Federação e capital de residência. Brasil, 2024.....	20
Tabela 4 – Coeficiente de mortalidade por hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 2014 a 2024.....	21
Tabela 5 – Esquemas de administração de análogos nucleos(t)ídeos para tratamento do HBV em adultos.....	23
Tabela 6 – Tratamento da hepatite C para pacientes submetidos a tratamentos prévios com DAA.....	27
Tabela 7 – Tratamento da hepatite C para pacientes não submetidos a tratamentos prévios com DAA.....	28

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS:

ALT – Alanina Aminotransferase

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DAA – Antiviral de Ação Direta

DAAs – Antivirais de Ação Direta

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

EASL – European Association for the Study of the Liver

ETV – Entecavir

HBIG – Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B

HBsAg – Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B

HBV – Vírus da Hepatite B

HBV-DNA – DNA do Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NS5A – Proteína Não Estrutural 5A do HCV

NS5B – Proteína Não Estrutural 5B do HCV

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PubMed – Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

RNA – Ácido Ribonucleico

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

TAF – Tenofovir Alafenamida

TDF – Tenofovir Disoproxil Fumarato

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Justificativa.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo Geral.....	12
2.2. Objetivos Específicos.....	12
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
4.METODOLOGIA.....	16
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
6.CONCLUSÃO.....	28
7.REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

As hepatites virais constituem um dos principais desafios de saúde pública em nível mundial, sobretudo aquelas causadas pelos vírus da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV), que concentram a maior carga de infecções crônicas e óbitos relacionados às doenças hepáticas. Essas infecções apresentam curso clínico frequentemente assintomático ou oligossintomático em suas fases iniciais, o que contribui para o diagnóstico tardio e para a progressão silenciosa da doença. Quando não diagnosticadas e tratadas de forma adequada, as hepatites B e C podem evoluir para quadros graves, como fibrose hepática avançada, cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular, resultando em elevada morbimortalidade e impacto significativo nos sistemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; WHO, 2024).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 296 milhões de pessoas vivem com infecção crônica pelo HBV e cerca de 58 milhões com o HCV em todo o mundo, sendo que mais de 80% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, o que dificulta a interrupção da cadeia de transmissão e o acesso oportuno ao tratamento (WHO, 2024). A OMS destaca ainda que as hepatites virais são responsáveis por cerca de 1,3 milhão de mortes anuais, número comparável ao de doenças como tuberculose e HIV/AIDS, reforçando sua relevância como problema global de saúde pública (WHO, 2024).

No Brasil, as hepatites virais mantêm-se como agravos de grande importância epidemiológica. Dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais indicam que, entre 2000 e 2022, foram notificados mais de 750 mil casos confirmados de hepatites virais, com predominância das hepatites B e C (BRASIL, 2023). Estima-se que aproximadamente 1,5 milhão de brasileiros convivam com a infecção crônica pelo HBV e cerca de 400 mil com o HCV, embora esses números possam ser ainda maiores em razão da subnotificação e do elevado contingente de indivíduos não diagnosticados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Observa-se, ainda, importante heterogeneidade regional, com maior prevalência de hepatite B nas regiões Norte e Centro-Oeste e de hepatite C nas regiões Sudeste e Sul, refletindo diferenças históricas, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2023).

A hepatite B caracteriza-se por múltiplas vias de transmissão, destacando-se a transmissão sexual desprotegida, a transmissão vertical — da mãe para o filho, especialmente durante o parto — e a transmissão parenteral, associada ao contato com sangue ou fluidos corporais contaminados, uso compartilhado de objetos perfurocortantes e procedimentos realizados sem condições adequadas de biossegurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Embora exista vacina eficaz, segura e amplamente disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura vacinal ainda é insuficiente em determinados grupos populacionais, especialmente adultos não vacinados na infância, populações vulneráveis e pessoas em situação de maior risco, o que contribui para a manutenção da circulação do vírus (WHO, 2024).

No que se refere à prevenção após exposições de risco, a hepatite B dispõe de estratégias bem estabelecidas de profilaxia pós-exposição (PEP). Conforme preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, a PEP pode incluir a administração da vacina contra hepatite B, associada ou não à imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), de acordo com o tipo de exposição, o estado vacinal do indivíduo e a sorologia da fonte, sendo fundamental sua realização o mais precocemente possível para maximizar a eficácia preventiva. A correta orientação e implementação dessas medidas são essenciais para evitar a infecção em situações ocupacionais e não ocupacionais. (Ministério da Saúde, 2019)

Quando a infecção pelo HBV evolui para a forma crônica, a indicação do tratamento antiviral baseia-se em critérios clínicos, laboratoriais e virológicos, como níveis de aminotransferases, carga viral (HBV-DNA), presença de fibrose hepática e condição clínica do paciente. Os medicamentos recomendados como primeira linha incluem medicamentos como: tenofovir disoproxil fumarato, tenofovir alafenamida e entecavir, que apresentam elevada eficiência antiviral e baixa taxa de resistência, atuando na supressão da replicação viral e na redução do risco de progressão da doença hepática (Ministério da Saúde, 2019; WHO, 2024). Entretanto, na maioria dos casos, o tratamento é de longa duração ou contínuo, o que torna a adesão terapêutica um fator crítico para o sucesso clínico.

A hepatite C, por sua vez, apresenta como principal via de transmissão o contato com sangue contaminado, estando associada, historicamente, a transfusões realizadas antes da implementação do rastreamento sorológico obrigatório, ao uso de drogas injetáveis, ao compartilhamento de materiais perfurocortantes e a procedimentos invasivos sem condições adequadas de esterilização (Ministério da Saúde, 2023). Diferentemente da hepatite B, não existe vacina ou profilaxia pós-exposição específica para o HCV, sendo recomendada a realização de acompanhamento clínico e laboratorial após exposições de risco, com o objetivo de detectar precocemente a infecção e iniciar o tratamento oportunamente (WHO, 2024).

O tratamento da hepatite C sofreu avanços significativos com a introdução dos antivirais de ação direta (DAAs), que substituíram os antigos esquemas baseados em interferon e ribavirina, os quais apresentavam baixa tolerabilidade, longas durações e efeitos adversos importantes. Atualmente, esquemas terapêuticos pangenotípicos, como sofosbuvir+velpatasvir e glecaprevir+pibrentasvir, apresentam taxas de resposta virológica sustentada superiores a 95%, com duração média de 8 a 12 semanas e perfil de segurança favorável, representando um marco na possibilidade de eliminação da doença (EASL, 2020; Ministério da Saúde, 2019).

Apesar da ampla disponibilidade de terapias eficazes no âmbito do SUS, a adesão ao tratamento permanece um desafio relevante. A Organização Mundial da Saúde define adesão terapêutica como o grau em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações

acordadas com os profissionais de saúde, incluindo o uso correto dos medicamentos e a continuidade do tratamento pelo período prescrito (OMS, 2003). No contexto das hepatites virais, a baixa adesão pode resultar em falha terapêutica, reativação viral, desenvolvimento de resistência medicamentosa e aumento do risco de complicações hepáticas, comprometendo os benefícios esperados da terapia (Ministério da Saúde, 2025).

Nesse cenário, o farmacêutico assume papel estratégico no cuidado integral ao paciente com hepatites virais. Sua atuação envolve não apenas a dispensação de medicamentos, mas também a educação em saúde, o acompanhamento farmacoterapêutico, o monitoramento de eventos adversos, a identificação de interações medicamentosas e o fortalecimento do vínculo com o paciente, aspectos fundamentais para a promoção da adesão terapêutica (ANVISA, 2022). Evidências científicas demonstram que intervenções farmacêuticas estruturadas estão associadas a maiores taxas de adesão, melhores desfechos clínicos, dessa forma, impactando positivamente a qualidade de vida dos pacientes. (HUNT et al., 2022; YU et al., 2020; KHALED et al., 2019).

Além disso, a ampliação das estratégias de testagem constitui um pilar essencial para o controle das hepatites virais. A OMS e o Ministério da Saúde recomendam a testagem ampliada e direcionada para populações-chave, gestantes, indivíduos com histórico de exposições de risco e faixas etárias específicas, considerando que o diagnóstico precoce permite a implementação de medidas preventivas, o início oportuno do tratamento e a redução da transmissão (WHO, 2024; Ministério da Saúde, 2023). No caso da hepatite B, a testagem também é indispensável para a correta indicação da profilaxia pós-exposição e do acompanhamento clínico adequado.

No Brasil, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas reconhecem formalmente a importância da atuação do farmacêutico nos serviços de atenção especializada, especialmente no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), destacando sua contribuição para o uso racional de medicamentos, a adesão aos protocolos e a efetividade das políticas públicas de enfrentamento das hepatites virais (Ministério da Saúde, 2019).

Dessa forma, este trabalho propõe-se a discutir de maneira crítica e abrangente as abordagens terapêuticas atuais para as hepatites B e C no Brasil, enfatizando a importância do papel do farmacêutico como agente central no cuidado ao paciente. Ao integrar dados epidemiológicos, diretrizes oficiais e evidências científicas, busca-se contribuir para o fortalecimento das estratégias de controle e para o alcance da meta global estabelecida pela Organização Mundial da Saúde de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 (WHO, 2024).

1.1 Justificativa

As hepatites virais, em especial as do tipo B e C, continuam sendo um desafio global de saúde pública, mesmo diante dos avanços terapêuticos e do fortalecimento das políticas de prevenção e tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2022, mais de 1,1 milhão de pessoas morreram em decorrência de complicações relacionadas às hepatites, incluindo cirrose e carcinoma hepatocelular (WHO, 2024). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que, entre 2000 e 2022, foram notificados mais de 700 mil casos de hepatites virais, sendo as infecções por HBV e HCV responsáveis por cerca de 90% das notificações (Ministério da Saúde, 2025). Esses números evidenciam a magnitude do problema e a necessidade contínua de estratégias eficazes de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

A relevância deste estudo se fundamenta no fato de que, embora existam tratamentos eficazes — com possibilidade de cura para a hepatite C e controle clínico para a hepatite B — o sucesso terapêutico ainda depende fortemente da adesão do paciente ao regime medicamentoso. A não adesão está associada a falhas no tratamento, desenvolvimento de resistência viral e piora da qualidade de vida (HUNT et al., 2022). Essa realidade revela que o simples acesso aos medicamentos, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não é suficiente; é necessário assegurar o uso adequado e contínuo, o que requer o envolvimento ativo dos profissionais de saúde, especialmente do farmacêutico (Ministério da Saúde, 2019).

Sob o ponto de vista acadêmico e científico, este trabalho justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre a contribuição do farmacêutico na melhoria dos resultados terapêuticos, especialmente em doenças infecciosas que requerem longo acompanhamento. O estudo busca reunir evidências que reforcem o impacto positivo das intervenções farmacêuticas em desfechos clínicos e em indicadores de adesão.

Portanto, este trabalho se justifica pela necessidade de compreender, valorizar e fortalecer o papel do farmacêutico na linha de cuidado das hepatites B e C, compreender os tratamentos utilizados atualmente, de acordo com as práticas terapêuticas e diretrizes clínicas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a importância da atuação do farmacêutico na adesão ao tratamento das hepatites B e C e as diretrizes e protocolos para o tratamentos das hepatites B e C

2.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar as principais características clínicas, epidemiológicas e terapêuticas das hepatites B e C, com base nas diretrizes e protocolos;
- b) Descrever os fármacos utilizados atualmente no tratamento das hepatites B e C;
- c) Discutir a importância das profilaxias e rastreamento;
- d) Discutir o papel do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico, na orientação ao paciente de acordo com as políticas públicas e normativas da ANVISA e do Ministério da Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As hepatites virais constituem um grupo de doenças infecciosas que acometem o fígado e representam um importante problema de saúde pública em escala mundial, devido à elevada morbimortalidade associada às suas formas crônicas e às complicações hepáticas decorrentes da infecção persistente. Entre os diferentes tipos de hepatites virais, destacam-se a hepatite B e a hepatite C, que compartilham características como a possibilidade de cronificação, evolução silenciosa e associação com cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). A relevância dessas doenças é reforçada pelo fato de milhões de pessoas viverem com infecções crônicas sem diagnóstico, contribuindo para a transmissão contínua e para o agravamento dos quadros clínicos ao longo do tempo (BRASIL, 2025).

Historicamente, relatos compatíveis com quadros de hepatite são descritos desde o século XIX, especialmente em contextos de surtos de icterícia observados em guerras e em ambientes com condições sanitárias precárias. Contudo, apenas no século XX foi possível diferenciar os diversos agentes causadores das hepatites virais, a partir do avanço dos estudos sorológicos e virológicos (SOUZA et al., 2018). A hepatite B foi identificada em 1965, com a descoberta do antígeno de superfície do vírus, conhecido como HBsAg, o que possibilitou avanços significativos no diagnóstico, na prevenção e no tratamento da doença (BLUMBERG et al., 1970). A partir dessa descoberta, tornou-se viável o desenvolvimento da vacina contra a hepatite B, considerada um dos maiores marcos da saúde pública preventiva (BRASIL, 2019).

A hepatite C, por sua vez, foi reconhecida mais tardiamente, sendo inicialmente classificada como hepatite não A e não B, em função da ausência de identificação do agente etiológico específico. Somente no final da década de 1980 o vírus da hepatite C foi identificado, por meio de técnicas de biologia molecular, permitindo a implementação de testes diagnósticos específicos e o desenvolvimento de terapias direcionadas (ALTER, 2007). Esse avanço representou um ponto de inflexão no controle da doença, que até então era uma das principais causas de hepatite pós-transfusional em diversos países, inclusive no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A hepatite B é causada pelo vírus da hepatite B (HBV), um vírus de DNA pertencente à família *Hepadnaviridae*, que apresenta tropismo pelos hepatócitos. A infecção pode manifestar-se de forma aguda ou evoluir para a forma crônica, especialmente quando adquirida na infância ou por transmissão vertical (BRASIL, 2025). Estima-se que cerca de 296 milhões de pessoas vivam com infecção crônica pelo HBV no mundo, sendo que uma parcela significativa desconhece o diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). A transmissão ocorre principalmente por contato com sangue e fluidos corporais

contaminados, relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de objetos perfurocortantes e da mãe para o filho durante o parto (BRASIL, 2025).

Do ponto de vista clínico, a hepatite B apresenta curso frequentemente assintomático nas fases iniciais, o que dificulta o diagnóstico precoce. Quando sintomática, pode manifestar-se por fadiga, mal-estar, icterícia, dor abdominal e alterações laboratoriais das enzimas hepáticas (GOMES et al., 2020). A forma crônica da doença está associada a inflamação hepática persistente, fibrose progressiva e aumento do risco de cirrose e carcinoma hepatocelular, configurando-se como uma das principais causas de morte relacionada a doenças hepáticas no mundo (EASL, 2017).

A prevenção da hepatite B baseia-se, sobretudo, na vacinação, que integra o Programa Nacional de Imunizações no Brasil e apresenta elevada eficácia na prevenção da infecção. Apesar disso, lacunas na cobertura vacinal, especialmente em adultos, ainda contribuem para a manutenção da circulação do vírus na população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). No contexto terapêutico, o tratamento da hepatite B crônica tem como principal objetivo a supressão da replicação viral, a redução da atividade inflamatória hepática e a prevenção das complicações a longo prazo (BRASIL, 2019).

Os antivirais mais utilizados no tratamento da hepatite B incluem o tenofovir e o entecavir, considerados terapias de primeira linha devido à sua alta potência antiviral e baixo risco de resistência (Ministério da Saúde, 2019). Esses fármacos não promovem a erradicação completa do vírus, mas permitem o controle da infecção quando utilizados de forma contínua e com adequada adesão terapêutica, o que reforça a importância do acompanhamento farmacoterapêutico ao longo do tratamento (GOMES et al., 2020).

A hepatite C é causada pelo vírus da hepatite C (HCV), um vírus de RNA da família *Flaviviridae*, cuja principal via de transmissão é o contato parenteral com sangue contaminado. Diferentemente da hepatite B, não existe vacina disponível para prevenção da hepatite C, o que torna o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno estratégias fundamentais para o controle da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). Estima-se que cerca de 58 milhões de pessoas vivam com infecção crônica pelo HCV no mundo, sendo responsável por elevada carga de morbimortalidade (WHO, 2024).

A evolução clínica da hepatite C é caracterizada por um curso silencioso, com poucos ou nenhum sintoma durante muitos anos. Aproximadamente 75% dos indivíduos infectados evoluem para a forma crônica da doença, com risco progressivo de fibrose hepática, cirrose e carcinoma hepatocelular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Historicamente, o tratamento da hepatite C era baseado no uso de interferon peguilado associado à ribavirina, terapêutica que apresentava baixa tolerabilidade e taxas limitadas de resposta virológica sustentada (EASL, 2017).

O cenário terapêutico da hepatite C sofreu transformações significativas com a introdução dos antivirais de ação direta (DAAs), que atuam diretamente em proteínas essenciais do ciclo replicativo do vírus. Esses medicamentos revolucionaram o tratamento da doença, permitindo esquemas terapêuticos mais curtos, melhor tolerabilidade e taxas de cura superiores a 95% (EASL, 2020). No Brasil, os DAAs são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

O diagnóstico das hepatites B e C é realizado por meio de testes sorológicos e moleculares, sendo os testes rápidos uma ferramenta estratégica para ampliação do acesso ao diagnóstico, especialmente na atenção primária à saúde. Esses testes permitem identificar precocemente indivíduos infectados, possibilitando o encaminhamento imediato para confirmação diagnóstica e início do tratamento (ANVISA, 2022). A ampliação da testagem é considerada essencial para o cumprimento das metas globais de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 (WHO, 2024).

No Brasil, as políticas públicas voltadas ao enfrentamento das hepatites virais incluem campanhas de conscientização, ampliação da testagem, fortalecimento da vigilância epidemiológica e acesso universal ao tratamento. O Plano Nacional de Eliminação das Hepatites Virais reforça a necessidade de ações integradas e multiprofissionais, destacando o papel dos profissionais de saúde na promoção da adesão terapêutica e no acompanhamento contínuo dos pacientes (BRASIL, 2025).

Nesse contexto, o farmacêutico desempenha papel fundamental no cuidado aos pacientes com hepatite B e C, atuando não apenas na dispensação dos medicamentos, mas também na orientação quanto ao uso correto, na identificação de reações adversas e na promoção da adesão ao tratamento. (Ministério da Saúde, 2025). Assim, o tratamento das hepatites B e C deve ser compreendido de forma integral, considerando não apenas os aspectos farmacológicos, mas também as dimensões educativas, sociais e assistenciais envolvidas no cuidado ao paciente.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura avaliando de forma sistemática e crítica, as evidências científicas disponíveis acerca do tratamento das hepatites B e C, com ênfase nos protocolos terapêuticos e nas estratégias adotadas para o controle dessas infecções no contexto da saúde pública.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, documentos institucionais, diretrizes clínicas e protocolos oficiais.

Foi realizado o seguinte fluxo para construção da revisão:

1. Definição do tema e da questão norteadora, que orientou todo o desenvolvimento do estudo. A questão norteadora estabelecida foi: “Quais são os principais fármacos para o tratamento da hepatite B e C?”
2. Busca sistematizada da literatura científica, realizada entre os meses de janeiro e março de 2026. As buscas foram conduzidas em bases de dados nacionais e internacionais amplamente reconhecidas na área da saúde, garantindo a confiabilidade e relevância das informações obtidas. As bases de dados utilizadas incluíram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), consultas em documentos oficiais disponibilizados nos sites do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).
3. Definição dos critérios de inclusão: foram incluídos artigos científicos publicados em português e inglês disponíveis na íntegra, que abordassem aspectos relacionados ao tratamento, diagnóstico, epidemiologia e manejo clínico das hepatites B e C. Foram priorizadas publicações datadas dos últimos 10 anos, visando assegurar a atualização das informações, sem excluir estudos clássicos considerados relevantes para a compreensão histórica e conceitual do tema. Também foram incluídos protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, boletins epidemiológicos e documentos oficiais de órgãos governamentais e instituições nacionais.
4. Definição dos critérios de exclusão: foram excluídos artigos duplicados, estudos que não abordassem diretamente o tema proposto, publicações com acesso restrito ao texto completo, resumos simples, cartas ao editor, relatos de caso isolados e materiais que não apresentassem embasamento científico adequado. Trabalhos cujo foco não estivesse relacionado ao tratamento ou às hepatites B e C foram igualmente excluídos, mesmo que mencionaram o tema de forma secundária.
5. Leitura exploratória: com o objetivo de avaliar a relevância do conteúdo em relação à questão norteadora.

6. Leitura aprofundada: foi realizada a extração das principais informações, tais como objetivos dos estudos, métodos empregados, principais resultados e conclusões. Essa etapa foi fundamental para a organização e categorização dos dados, possibilitando uma análise crítica e comparativa entre as diferentes fontes consultadas.
7. Organização dos dados: Os dados extraídos dos artigos e documentos selecionados foram organizados de forma descritiva, priorizando-se a clareza e a coerência na apresentação das informações. Não foi realizada análise estatística, uma vez que o foco do estudo não foi quantitativo, mas sim a interpretação e discussão dos achados disponíveis na literatura. Essa análise permitiu identificar avanços terapêuticos, desafios no tratamento e perspectivas futuras no controle das hepatites virais.

A metodologia adotada buscou garantir a reprodutibilidade, a confiabilidade e a qualidade científica do trabalho, proporcionando uma base sólida para a discussão e interpretação dos resultados apresentados no referencial teórico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão dos achados apresentados neste trabalho permite compreender, de forma aprofundada, a complexidade envolvida no enfrentamento das hepatites B e C, doenças infecciosas crônicas que, apesar de preveníveis e tratáveis, continuam a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde, especialmente em países de renda média como o Brasil. A análise integrada da literatura científica e dos dados epidemiológicos oficiais evidencia que os avanços terapêuticos alcançados nas últimas décadas modificaram substancialmente o curso natural dessas doenças, entretanto, fatores como diagnóstico tardio, adesão inadequada ao tratamento e desigualdades regionais ainda limitam o impacto das estratégias adotadas (BRASIL, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se que a hepatite B e a hepatite C apresentam comportamentos distintos, o que exige abordagens diferenciadas tanto no diagnóstico quanto no tratamento. A hepatite B mantém relação direta com falhas na cobertura vacinal, transmissão vertical e sexual (BRASIL, 2024). Gráficos de distribuição regional demonstram que a Região Norte apresenta coeficientes de detecção superiores à média nacional, reforçando a influência de fatores socioeconômicos, geográficos e de acesso aos serviços de saúde na dinâmica da doença. (Tabela 1) (Ministério da Saúde, 2025)

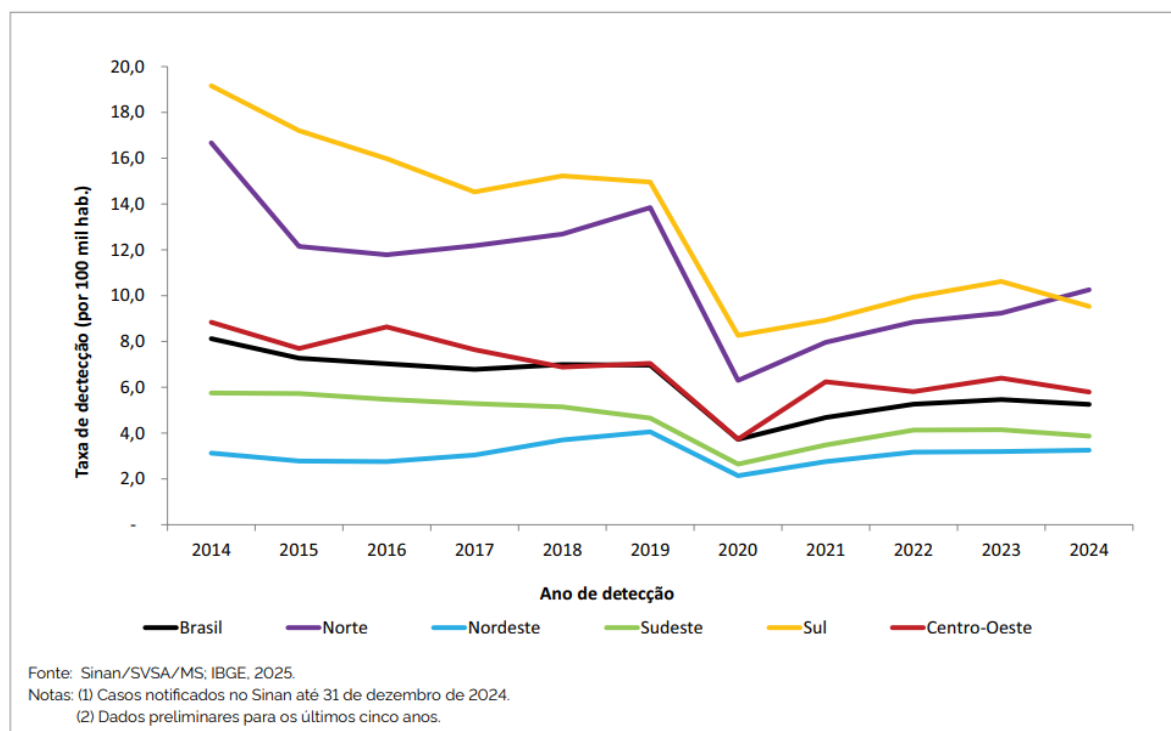


Tabela 1: Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de detecção. Brasil, 2014 a 2024.

A hepatite C, por sua vez, apresenta perfil epidemiológico fortemente associado à exposição parenteral ocorrida em décadas anteriores, especialmente antes da implementação de políticas rigorosas de controle de sangue e hemoderivados. Essa característica explica a maior concentração de casos em indivíduos acima de 40 anos, conforme evidenciado nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025)(Tabela 2). Gráficos de faixa etária e coorte de nascimento são particularmente úteis para ilustrar essa tendência, permitindo compreender a carga acumulada da doença e a necessidade de estratégias de busca ativa nessa população. Além disso, a região que apresenta maior incidência da doença é a região Sul sendo o Rio Grande do Sul o estado com a maior concentração de casos. (Ministério da Saúde, 2025) (Tabela 3).

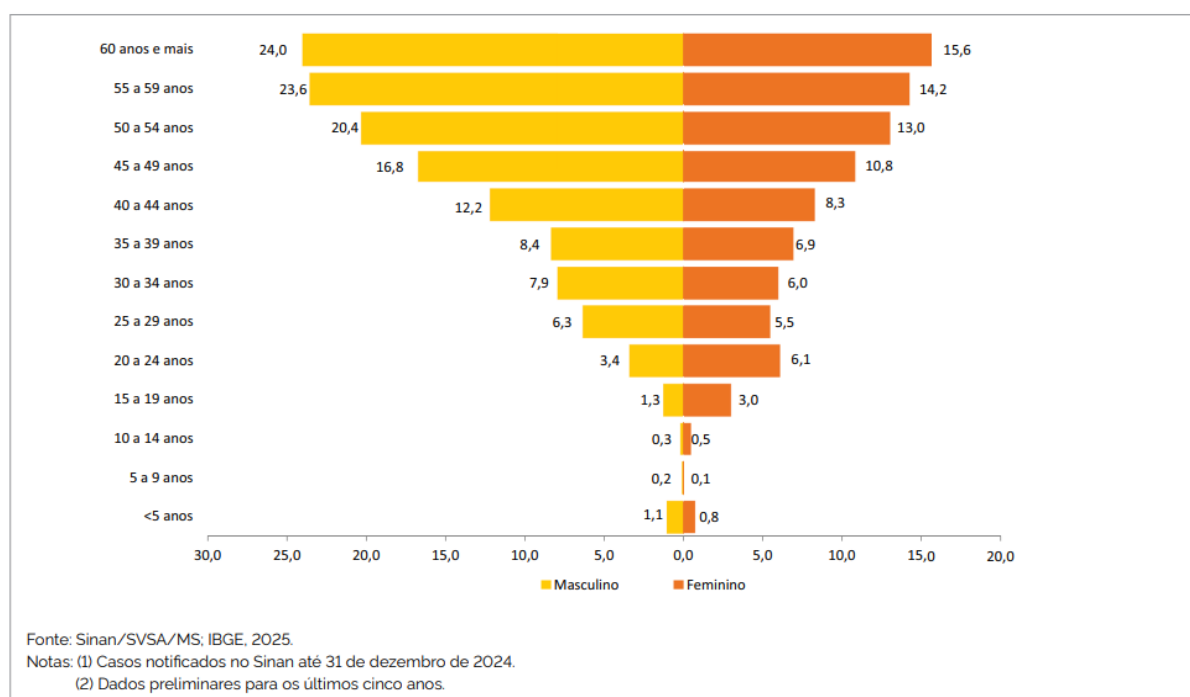


Tabela 2: Taxa de detecção de casos de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2024

Fonte: Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais 2025, F23

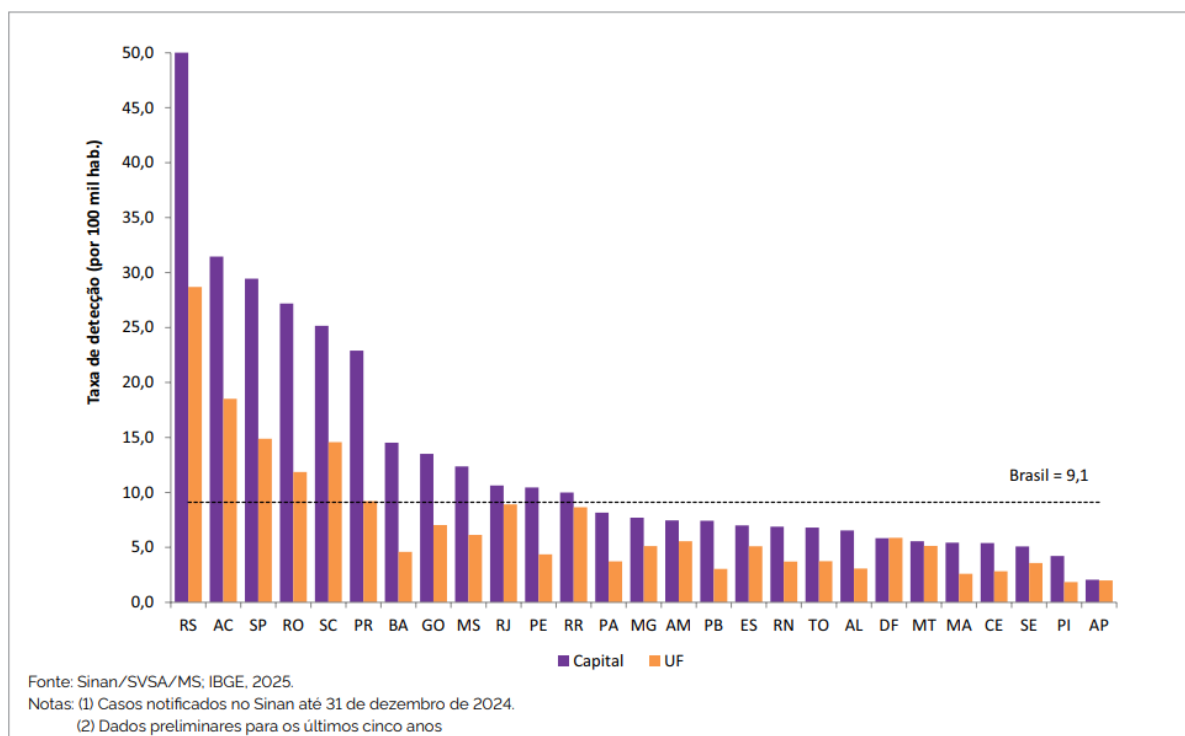


Tabela 3: Taxa de detecção de casos de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo Unidade da Federação e capital de residência. Brasil, 2024

Fonte: Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais 2025, F21

A análise temporal, realizada pelo Ministério da Saúde, evidencia no referido Boletim Epidemiológico, que a incorporação dos antivirais de ação direta para o tratamento da hepatite C no SUS representou um marco histórico no controle da doença. Observa-se redução progressiva das taxas de mortalidade a partir de 2015, período em que houve uma mudança no tratamento da hepatite C com uma nova abordagem de tratamento que foi atualizada pela Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2015) e que houve uma implementação mais efetiva dos protocolos. (MS, 2015) Isso pode ser observado pelo gráfico que apresenta a redução dos números de óbitos anualmente no Brasil. (Tabela 4).

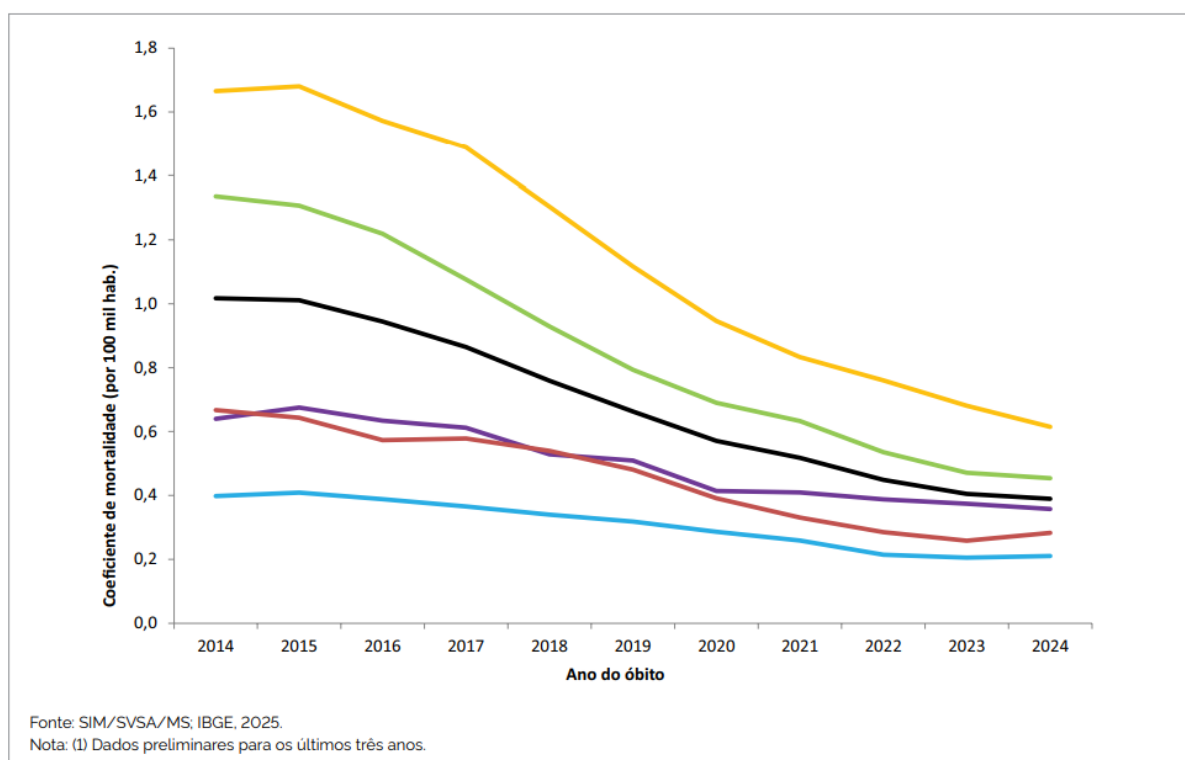


Tabela 4: Coeficiente de mortalidade por hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 2014 a 2024

Fonte: Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais 2025, F25

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B, a indicação do tratamento antiviral em adultos depende da avaliação conjunta de parâmetros clínicos, laboratoriais e histológicos. Entre os principais critérios para início da terapia estão a presença de carga viral elevada (HBV-DNA detectável), níveis persistentemente elevados de alanina aminotransferase (ALT), evidências de fibrose hepática significativa ou cirrose, além de situações especiais como coinfeção por HIV, hepatite D, uso de imunossupressores e transplante de órgãos (BRASIL, 2023). Os fármacos de primeira escolha para o tratamento da hepatite B são: Entecavir(ETV), Fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e Tenofovir alafenamida (TAF). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023)

O entecavir é um análogo de nucleosídeo indicado como opção de primeira linha para o tratamento da hepatite B crônica em adultos, especialmente em pacientes virgens de tratamento antiviral. Apresenta alta potência antiviral e baixa taxa de resistência, desde que utilizado de forma adequada (BRASIL, 2023).

O PCDT ressalta que o entecavir deve ser utilizado com cautela em pacientes previamente tratados com lamivudina, devido ao maior risco de resistência cruzada. Além disso, sua

administração deve ocorrer em jejum, o que requer orientação adequada ao paciente para garantir a eficácia terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

O tenofovir disoproxil fumarato é um análogo de nucleotídeo amplamente utilizado como medicamento de primeira linha no tratamento da hepatite B crônica. Atua inibindo a transcriptase reversa do HBV, impedindo a replicação viral. O PCDT recomenda o TDF devido à sua alta potência antiviral e elevada barreira genética à resistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Entretanto, seu uso deve ser cuidadosamente avaliado em pacientes com comprometimento da função renal ou risco aumentado de osteopenia e osteoporose, uma vez que o fármaco pode estar associado à nefrotoxicidade e redução da densidade mineral óssea. Nesses casos, é imprescindível o monitoramento periódico da creatinina sérica, do clearance de creatinina e do fósforo sérico (BRASIL, 2023).

O tenofovir alafenamida é uma formulação mais recente do tenofovir, desenvolvida para reduzir os efeitos adversos renais e ósseos associados ao TDF. Segundo o PCDT, o TAF é indicado especialmente para pacientes com risco renal, idosos, indivíduos com histórico de doença óssea ou com comprometimento renal pré-existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Apesar de apresentar perfil de segurança superior, o TAF mantém alta eficácia antiviral, sendo considerado uma alternativa terapêutica preferencial em populações específicas. Assim como os demais antivirais para hepatite B, seu uso é geralmente prolongado ou contínuo, exigindo acompanhamento clínico rigoroso.

Entretanto, a duração do tratamento da hepatite B constitui um dos principais desafios clínicos e farmacoterapêuticos. Em grande parte dos pacientes, o tratamento é contínuo e, muitas vezes, indefinido, o que exige acompanhamento rigoroso e monitoramento periódico da carga viral, das transaminases e da função renal (BRASIL, 2023). O PCDT apresenta um esquema simplificado para melhor entendimento. (Tabela 5).

Medicamento	Dose diária padrão	Observação
Fumarato de tenofovir desopoxila (TDF)	300 mg (1 comp.), 1x/dia	Único antiviral para tratamento de hepatite B que pode ser utilizado durante a gestação ou a amamentação.
Entecavir (ETV)	0,5 mg (1 comp.) ou 1 mg (2 comp.), 1x/dia	Sem cirrose ou com cirrose Child A (0,5 mg/dia). Com cirrose Child B ou C (1 mg/dia) ^(a) . Não está recomendado para uso durante a gestação ou a amamentação.
Tenofovir alafenamida (TAF)	25 mg (1 comp.), 1x/dia	Não está recomendado para uso durante a gestação ou a amamentação, em cirróticos descompensados (Child B ou C), em pacientes com <i>clearance</i> de creatinina < 15 mL/min que não estejam em hemodiálise e em menores de 18 anos.

Tabela 5: Esquemas de administração de análogos nucleos(t)ídeos para tratamento do HBV em adultos

Fonte: PCDT de Hepatite B e Coinfecções (2016), do Relatório de Recomendação n.º 616/2021 da Conitec e PCDT de Hepatite B e Coinfecções (2023). Q5.

A necessidade de tratamento prolongado impacta diretamente a adesão terapêutica, especialmente em pacientes assintomáticos. Estudos brasileiros indicam que a interrupção não supervisionada do tratamento pode levar à reativação viral e à progressão acelerada da doença hepática (PEREIRA et al., 2021). Dessa forma, a discussão dos esquemas terapêuticos da hepatite B deve considerar não apenas a eficácia farmacológica, mas também os aspectos comportamentais e sociais envolvidos no uso crônico de medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Dito isso, vê-se a importância do profissional farmacêutico na adesão ao tratamento pelo paciente, visto que, o profissional está presente desde a dispensação, que consiste em educar e também empoderar o paciente sobre seu tratamento, até no acompanhamento e monitoramento da farmacoterapia do paciente. (Ministério da Saúde, 2025)

O tratamento da hepatite C apresenta características diferentes e representa um dos maiores sucessos da terapêutica antiviral moderna. A introdução dos antivirais de ação direta possibilitou tratamentos menos duradouros, altamente eficazes e com excelente perfil de segurança, modificando radicalmente o prognóstico da doença (FELD et al., 2015). No Brasil, o SUS disponibiliza esquemas terapêuticos padronizados conforme genótipo viral, estágio da doença hepática e presença de coinfecções (BRASIL, 2024).

O PCDT da Hepatite C recomenda o tratamento de todos os adultos diagnosticados com infecção ativa pelo HCV, independentemente do grau de fibrose hepática, priorizando o uso de antivirais de ação direta (DAAs), que apresentam altas taxas de resposta virológica sustentada, menor duração de tratamento e melhor perfil de segurança quando comparados aos esquemas antigos.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O sofosbuvir é um inibidor nucleotídico da polimerase NS5B do HCV, sendo um dos principais pilares do tratamento da hepatite C. Sua atuação impede a replicação viral, resultando em rápida supressão da carga viral. O sofosbuvir aparece associado a outros antivirais, como daclatasvir, ledipasvir ou velpatasvir, uma vez que o uso isolado não é recomendado devido ao risco de desenvolvimento de resistência viral.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nos pacientes sem cirrose e sem tratamento prévio, o sofosbuvir associado a outros DAAs apresenta excelente eficácia com duração padrão de 12 semanas. Em pacientes com cirrose compensada (Child-Pugh A), o tempo de tratamento geralmente permanece em 12 semanas, podendo ser estendido ou associado à ribavirina conforme a gravidade clínica. Já em pacientes com cirrose descompensada (Child-Pugh B ou C), o sofosbuvir é utilizado em esquemas prolongados de 24 semanas, quase sempre em associação à ribavirina, visando aumentar a taxa de resposta virológica sustentada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).Entretanto, o uso do sofosbuvir é limitado em pacientes com insuficiência renal grave.

O daclatasvir é um inibidor da proteína NS5A, essencial para a replicação e montagem do HCV. Quando associado ao sofosbuvir, forma um esquema altamente eficaz para diferentes genótipos, especialmente os genótipos 1 e 3. Essa associação é indicada principalmente para pacientes sem cirrose ou com cirrose compensada, com duração padrão de 12 semanas.

Em pacientes com cirrose descompensada, o esquema sofosbuvir + daclatasvir é frequentemente estendido para 24 semanas e associado à ribavirina, devido à menor resposta virológica observada nesses indivíduos. Essa estratégia terapêutica busca compensar o comprometimento hepático avançado e reduzir o risco de falha terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O ledipasvir é outro inibidor da NS5A, utilizado exclusivamente em associação com sofosbuvir. Esse esquema é especialmente eficaz para o tratamento do genótipo 1 da hepatite C. Em pacientes sem cirrose ou com cirrose compensada, a duração padrão do tratamento é de 12 semanas.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Na presença de cirrose descompensada ou falha terapêutica prévia, a associação sofosbuvir+ledipasvir pode ser prolongada para 24 semanas e associada à ribavirina. Contudo,

assim como outros esquemas contendo sofosbuvir, seu uso não é recomendado em pacientes com insuficiência renal grave. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O velpatasvir é um inibidor pangenotípico da proteína NS5A, utilizado em associação com o sofosbuvir. Esse esquema se destaca por sua ampla cobertura contra todos os genótipos do HCV, simplificando o manejo clínico e reduzindo a necessidade de testes genotípicos complexos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A combinação sofosbuvir+velpatasvir é uma opção preferencial para pacientes sem cirrose e com cirrose compensada, com duração padrão de 12 semanas. Em pacientes com cirrose descompensada, o tratamento é estendido para 24 semanas, geralmente com associação à ribavirina, conforme recomendado pelo PCDT. Apesar de sua elevada eficácia, esse esquema também apresenta restrições em pacientes com insuficiência renal grave, devido à presença do sofosbuvir. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A associação glecaprevir/pibrentasvir é um esquema que combina um inibidor de protease (glecaprevir) e um inibidor da NS5A (pibrentasvir). Uma das principais vantagens desse esquema é a possibilidade de tratamento em apenas 8 semanas para pacientes sem cirrose e sem tratamento prévio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Esse esquema é amplamente indicado para pacientes com insuficiência renal grave, incluindo aqueles em diálise, uma vez que não contém sofosbuvir. No entanto, é contraindicado em pacientes com cirrose descompensada (Child-Pugh B ou C), devido ao risco aumentado de toxicidade hepática. (BRASIL, 2019).

A combinação elbasvir+grazoprevir associa um inibidor da NS5A e um inibidor de protease, sendo indicada principalmente para o tratamento do genótipo 1 da hepatite C. Esse esquema é uma opção segura e eficaz para pacientes com insuficiência renal grave, inclusive aqueles em hemodiálise. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em pacientes sem cirrose ou com cirrose compensada, a duração do tratamento é geralmente de 12 semanas. Assim como o glecaprevir+pibrentasvir, esse esquema é contraindicado em pacientes com cirrose descompensada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A ribavirina não atua diretamente sobre o HCV, mas exerce efeito antiviral indireto, potencializando a resposta terapêutica quando associada aos DAAs. Sua utilização está restrita a situações clínicas mais complexas, como cirrose descompensada, falha terapêutica prévia ou necessidade de prolongamento do tratamento para 24 semanas.

Apesar de aumentar as taxas de resposta virológica sustentada, a ribavirina apresenta maior risco de efeitos adversos, especialmente anemia hemolítica, exigindo monitoramento rigoroso

e acompanhamento farmacêutico contínuo, conforme recomendado pelo PCDT. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A menor duração do tratamento da hepatite C favorece significativamente a adesão, reduzindo o abandono terapêutico e ampliando o impacto populacional do tratamento. A análise epidemiológica sugere que o tratamento em larga escala contribui não apenas para a cura individual, mas também para a redução da transmissão comunitária do vírus, configurando o conceito de “tratamento como prevenção”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

		PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO PRÉVIO COM MEDICAMENTOS DE AÇÃO DIRETA (DAA)			
		Pacientes sem cirrose ou com cirrose Child-A sem tratamento prévio com NS5A, mas tratados com esquemas com simeprevir (genótipo 1), SOF+RBV* (genótipo 2) ou PR+SOF** (genótipo 3)	Pacientes com cirrose Child-B ou C sem tratamento prévio com NS5A, mas tratados com esquemas com simeprevir (genótipo 1), SOF+RBV* (genótipo 2) ou PR+SOF** (genótipo 3)	Pacientes sem cirrose ou com cirrose Child-A não respondedores a tratamento prévio com NS5A ou ombitasvir/veruprevir/ritonavir + dasabuvir	Pacientes com cirrose Child-B ou C não respondedores a tratamento prévio com NS5A
Genótipo 1a	Sofosbuvir+daclatasvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Ledipasvir /sofosbuvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	12 semanas ± sofosbuvir ¹	x	12 semanas + sofosbuvir ²	x
	Sofosbuvir/velpatasvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 1b	Sofosbuvir+daclatasvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Ledipasvir /sofosbuvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	12 semanas ± sofosbuvir ¹	x	12 semanas + sofosbuvir ²	x
	Velpatasvir/sofosbuvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 2	Sofosbuvir+daclatasvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	12 semanas	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	Velpatasvir/sofosbuvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 3	Sofosbuvir+daclatasvir OU	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	16 semanas	x	12 semanas + sofosbuvir + ribavirina ³	x
	Velpatasvir/sofosbuvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 4	Sofosbuvir+daclatasvir OU	x	x	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	Velpatasvir/sofosbuvir OU	x	x	x	24 semanas
Genótipo 5	Sofosbuvir+daclatasvir OU	x	x	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	Velpatasvir/sofosbuvir	x	x	x	24 semanas
Genótipo 6	Sofosbuvir+daclatasvir OU	x	x	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	Velpatasvir/sofosbuvir	x	x	x	24 semanas

Tabela 6: Tratamento da hepatite C para pacientes submetidos a tratamentos prévios com DAA

Fonte: PCDT de Hepatite C e Coinfecções (2019).

INDICAÇÃO DO TEMPO DE TRATAMENTO POR MEDICAMENTO E CONDIÇÃO CLÍNICA						
		Pacientes não submetidos a tratamento prévio com DAA			Pacientes renais com depuração de creatinina inferior a 30mL/min não submetidos a tratamento prévio com DAA	
		Pacientes iniciais sem cirrose	Pacientes iniciais com cirrose Child-A	Pacientes iniciais com cirrose Child-B ou C	Pacientes renais sem cirrose	Pacientes renais com cirrose Child-A
Genótipo 1a	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Elbasvir/grazoprevir	16 semanas	16 semanas	x	16 semanas	16 semanas
	Ledipasvir/sofosbuvir ² ± ribavirina ¹ OU	12 semanas ²	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
Genótipo 1b	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Elbasvir/grazoprevir OU	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas
	Ledipasvir/sofosbuvir ² ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
Genótipo 2	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
Genótipo 3	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 4	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina ³ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Elbasvir/grazoprevir	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas
Genótipo 5	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
Genótipo 6	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina ¹ OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina ³	12 semanas	12 semanas	24 semanas ³	x	x

Tabela 7: Tratamento da hepatite C para pacientes não submetidos a tratamentos prévios com DAA

Fonte: PCDT de Hepatite C e Coinfecções (2019).

Outro ponto central discutido na literatura refere-se à importância da testagem rápida como estratégia de controle das hepatites virais. O Ministério da Saúde recomenda a ampliação da testagem em serviços de atenção primária, campanhas comunitárias e ações direcionadas a populações-chave (BRASIL, 2022). De acordo com o Governo do Distrito Federal (2024), a testagem rápida constitui estratégia fundamental para o diagnóstico precoce, pois os resultados emitidos no mesmo dia auxiliam o início rápido do tratamento e melhoria das ações de controle da doença. (DISTRITO FEDERAL, 2024).

6. CONCLUSÃO

A discussão dos dados evidencia que o sucesso dos esquemas terapêuticos está diretamente relacionado à organização dos serviços de saúde e à atuação multiprofissional. É evidente que a adesão, o acompanhamento e o monitoramento terapêutico são determinantes para os desfechos clínicos positivos.

De modo geral, segundo as análises dos dados demonstra que o Brasil dispõe de protocolos clínicos robustos, medicamentos eficazes e diretrizes alinhadas às recomendações internacionais. De acordo com os gráficos apresentados foi possível analisar que houve avanços em relação à redução de óbitos, que reduziu nos últimos 10 anos. No entanto, ainda há muitos desafios relacionados à ampliação do diagnóstico precoce, à adesão aos tratamentos prolongados e à educação em saúde.

É necessário que haja uma maior conscientização sobre as hepatites B e C, sobre os riscos que apresentam e também sobre diagnóstico e tratamentos disponíveis. O profissional farmacêutico pode ser uma peça fundamental nesse processo, segundo o “Guia para atuação farmacêutica na promoção da adesão ao tratamento das pessoas com hepatites virais” de 2025, o farmacêutico pode realizar treinamentos de equipe, eventos de promoção à saúde abrangendo o tema das hepatites, educação em saúde, entre outras ações de conscientização. (Ministério da Saúde, 2025)

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de hepatites virais: especial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais.pdf>. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para atuação farmacêutica em hepatites virais*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atuacao_farmaceutica.pdf. Acesso em: 9 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para a eliminação das hepatites virais no Brasil: diretrizes nacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_eliminacao_hepatites_virais_Brasil.pdf. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hepatite B*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/hepatite-b>. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_therap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Governo. **Hepatites virais: prevenção, testagem e tratamento salvam vidas**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2024. Disponível em:

<https://segov.df.gov.br/w/hepatites-virais-prevencao-testagem-e-tratamento-salvam-vidas>.

Acesso em: 2 fev. 2026.

EASL – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. *EASL recommendations on treatment of hepatitis C*. Luxemburgo: EASL, 2020. Disponível em: <https://easl.eu/wp-content/uploads/2020/10/EASL-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-C.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2025

FERREZ, Lanna Karen Galvão Araújo et al. *Análise epidemiológica das internações por Hepatite B no Brasil, entre 2019 e 2023*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 3, p. 1234–1248, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1234-1248. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/download/3430/3584/7526>. Acesso em: 5 jan. 2026.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Secretaria da Saúde. *Novos medicamentos para hepatite C chegam ao SUS este ano*. Salvador, 28 jul. 2015. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2015/07/28/novos-medicamentos-para-hepatite-c-chegam-ao-sus-este-ano/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SHARIF, Aamir. *Clinical impact of pharmacist-led interventions for managing chronic hepatitis C: A prospective open-label cohort study in a specialized hepatitis clinic*. Journal of Contemporary Pharmacy, v. 9, n. 1, p. 17-22, 2025. Disponível em: <https://ammanif.com/journal/jcp/index.php/home/article/view/451/158>. Acesso em: 2 dez. 2025.