



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MICHELA MARMENTINI

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA AOS PORTADORES DO
VÍRUS DA HEPATITE B**

Ariquemes - RO

2011

MICHELA MARMENTINI

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA AOS PORTADORES DO
VÍRUS DA HEPATITE B**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Profª. Orientadora: Esp. Sonia Carvalho de Santana

Ariquemes-RO

2011

MICHELA MARMENTINI

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA AOS PORTADORES DO
VÍRUS DA HEPATITE B**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Prof^a. Orientadora: Esp. Sonia Carvalho de Santana

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientadora Esp. So nia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Dr^a. Rosieli Alves Chiaratto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Fabricio Smaha
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 26 de novembro de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória a memória do meu pai

A minha mãe pela minha vida.

A meu esposo que eu amo muito.

A minha filha que é razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Aquele que me permitiu chegar até aqui. É a Ele que dirijo minha maior gratidão. Deus, mais do que me criar, deu propósito em minha vida. Muito obrigada Senhor.

A meu pai (in memoriam), minha mãe Marli, meu esposo Silezio, meus irmãos Francieli, Thais e Eduardo e a minha filha Beatriz que é minha maior fortaleza, família maravilhosa a qual eu amo tanto que sempre me apóiam em todos os momentos da minha vida.

A minha orientadora Prof. Esp. Sonia pela paciência, competência, dedicação e todos os finais de tardes perdidos para me ajudar.

A Professora Esp. Cláudia, a Professora Úrsula por ter se disposto a me ajudar, me acompanhando nesta jornada, e a todos os professores que participaram na minha vida acadêmica.

Aos outros profissionais com quem tive grande prazer de contar, os quais não mediram esforços para me ajudar.

“A missão da prática farmacêutica é prover medicamentos e outros produtos e serviços para a saúde e ajudar as pessoas e a sociedade a utilizá-los da melhor forma possível”

(WHO, 1996, p. 4).

RESUMO

O principal objetivo deste estudo foi discorrer sobre a importância da atenção farmacêutica aos portadores do vírus hepatite B, um agravo de relevância na saúde pública, que torna cerca de 400 milhões de pessoas portadores crônicos do vírus no mundo. A hepatite é uma doença que acomete o fígado e quando crônica pode desenvolver doença hepática, evoluir para cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular. O diagnóstico é realizado através de testes sorológicos e biologia molecular. Vários medicamentos são utilizados para tratamento da hepatite viral crônica B, sendo a imunização a arma mais importante de combate ao vírus da hepatite B atualmente. No Brasil o atendimento a portadores de hepatite B em níveis de saúde pública é realizado por atenção básica, média e alta complexidade. Os medicamentos são a principal ferramenta terapêutica para melhorar as condições de saúde da população. A atenção farmacêutica constitui uma prática profissional centrada no paciente, com objetivo de promover o uso racional dos medicamentos, aumentando a qualidade de vida e a adesão ao tratamento por parte do paciente. O estudo realizado trata-se de uma revisão de literatura com embasamento teórico fundamentados em publicações online e livros.

Palavras-chaves: Hepatite B; Tratamento; Controle e Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

The main objective of this study was to discuss the importance of pharmaceutical care for hepatitis B virus carrier patients. An appeal of relevance to public health as there are around 400 million individuals in the world who are chronic carriers of the virus. Hepatitis is a disease that attacks the liver and when chronic, can develop into liver disease, evolve into cirrhosis, liver failure and hepatocellular cancer. Diagnosis is made through serologic tests and molecular biology. Various medications are used to treat chronic, viral hepatitis B. Immunization is currently the most important weapon in combating the hepatitis B virus. In Brazil, care of hepatitis B carriers in levels of public health are conducted by primary, secondary and tertiary care. Medication is the principal therapeutic tool used to improve the health of the population. Pharmaceutical care constitutes a patient-centred, professional practice, with the aim of bringing about the rational use of medication. This increases the quality of life and compliance with treatment by the patient. The study is presented in the form of a literary review with a theoretical foundation of on-line publications and books.

Keywords: Hepatitis B; Treatment; Control and Education in Health; Unified Health System; Pharmaceutical Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALT - Alanina Aminotransferase

Anti-HBc - Anticorpo Contra o Antígeno do Núcleo do Vírus da Hepatite B

Anti-HBc IgM - Anticorpo da Classe IgM Contra o Antígeno do Núcleo do Vírus da Hepatite B

Anti-HBe - Anticorpo Contra o Antígeno “e” do Vírus da Hepatite B

Anti-HBs - Anticorpo Contra o Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B

Anti-HCV - Anticorpo Contra o Vírus da Hepatite C

Anti-HIV - Anticorpo Contra o Vírus da Imunodeficiência Humana

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Art. - Artigo

AST - Aspartato Aminotransferase

Beta-HCG - Gonadotrofina Coriônica Humana

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DNA - Ácido Desoxirribonucléico

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FDA - Food and Drug Administration

FNI - Ficha Individual de Notificação

HAV - Vírus da Hepatite A

HBcAg - Antígeno Central (core) do Vírus Hepatite B

HBeAg - Antígeno 'e' do Vírus Hepatite B

HBsAg - Antígeno de Superfície do Vírus Hepatite B

HBV - Vírus da Hepatite B

HBxAg - Antígeno 'x' do Vírus Hepatite B

HCV - Vírus da Hepatite C

HDV - Vírus da Hepatite D

HEV - Vírus da Hepatite E

HGV - Vírus da Hepatite G

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IGHAHB - Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite tipo B

INF- α - Interferon Alfa

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PNI - Programa Nacional de Imunizações

RNA - Ácido Ribonucléico

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TTV - Vírus Torque Teno

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 HEPATITES	15
4.1.1 Hepatite B.....	17
4.1.1.1 Prevenção	20
4.1.1.1.1 Vacina e imunoglobulina humana.....	20
4.1.1.1.2 Diagnóstico de Hepatite B	21
4.1.1.1.3 Tratamento de Hepatite B	24
4.2 ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS NO SUS.....	27
4.3 ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO HEPATITES	29
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	44
ANEXO I - Ficha de Investigação Hepatites Virais	45
ANEXO II - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Estratégicos - LME	47

INTRODUÇÃO

A hepatite (inflamação do fígado) é responsável por uma grande incidência de mortalidade no Brasil e no mundo, representando um grande problema de saúde pública. Os vírus citados como “vírus da hepatite” possuem patogênese especificamente na replicação dos hepatócitos e na sua destruição, provocando um milhão de óbitos anualmente no mundo. Na maioria dos casos apresenta-se de forma assintomática. (HARVEY; CHAMPE; FISHER, 2008).

As hepatites são classificadas de acordo com o agente determinante, sendo vírus A, B, C, D e E. Dentre elas, as hepatites B e C são as que mais afetam a população. Esses vírus são divididos em dois grupos quanto às formas de transmissão, sendo os vírus A e E de transmissão fecal-oral, que apresentam apenas formas agudas de hepatite e sua transmissão se dá por ingestão de alimentos ou água contaminados. O outro grupo, contendo os vírus B, C e D, representa os principais agentes etiológicos da hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular, e possuem várias vias de transmissão, como sexual, parenteral, acidentes com perfuro cortantes, compartilhamento de objetos contaminados, entre outros (CRUZ; SHIRASSU; MARTINS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 400 milhões de pessoas sejam portadores crônicos do Vírus da Hepatite B (HBV) no mundo, enquanto que no Brasil, cerca de 2 milhões de pessoas sejam portadores crônicos. Grupo este exposto a várias complicações como a cirrose, câncer de fígado, podendo gerar a necessidade de um transplante (BRASIL, 2011a).

A hepatite B é a forma mais prevalente na região de Ariquemes entre os outros tipos de hepatites citados, por isso será alvo de estudo nesta monografia.

Segundo a Food and Drug Administration (FDA), os medicamentos registrados no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o tratamento da hepatite B são Interferon alfa-2a e 2b, Interferon Peguilado alfa-2a, Lamivudina, Adefovir e Entecavir (CASTELO et al., 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui rede de assistência às hepatites virais que estão divididas em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. A rede de serviços do SUS é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidades de Saúde da Família

(USF) e serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

A atenção farmacêutica no SUS busca a melhoria do atendimento aos portadores de hepatites, aumentando qualidade e a adesão ao tratamento, evitando o desperdício e o uso inadequado dos medicamentos por parte dos pacientes. Desta forma, interfere sobre o impacto financeiro deste tratamento no SUS, por serem medicamentos de alto custo no mercado farmacêutico (AMARAL; REIS; PICON, 2006). A atenção farmacêutica foi objeto do presente estudo, no intuito de deixar evidente a contribuição deste na atuação da equipe multidisciplinar em saúde, enriquecendo a abordagem profissional aos portadores do vírus, neste caso, vírus da hepatite B.

A consolidação das ações da Atenção Básica como fator estruturante dos sistemas municipais de saúde é um desafio. Tornar a atenção farmacêutica realidade, reforçaria e dinamizaria esse sistema de saúde, que, por sua vez, tornaria mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, além de contribuir para a universalização do acesso e a integralidade das ações (PROVIN et al., 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre atenção farmacêutica aos portadores do vírus da hepatite B.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento de hepatite B;
- Relatar como é previsto o acompanhamento aos portadores do vírus da hepatite B nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- Destacar o papel do profissional farmacêutico na atenção aos portadores do vírus da hepatite B.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura com embasamento teórico fundamentado em publicações online das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Sendo utilizados livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, não esgotando as buscas ainda se pesquisou nos Manuais do Ministério da Saúde.

Os critérios de inclusão para revisão de literatura basearam-se em periódicos disponibilizados na língua portuguesa e inglesa, completos e abordando a atuação do farmacêutico e as hepatites. Os critérios de exclusão são os que não se enquadram nos critérios de inclusão, com relação aos critérios de busca e ano. O período de busca dos referenciais compreendeu de 2000 a 2011.

Os descritores (DeCS) utilizados para realização das buscas foram: Hepatite (hepatitis); Epidemiologia (epidemiology); Tratamento (treatment); Transmissão (transmission); Controle e Educação em Saúde (Control and Health Education); Sistema Único de Saúde (Unified Health System); Atenção Farmacêutica (pharmaceutical care).

Para análise dos dados foram utilizadas informações disponíveis no Sinan Net, no qual se buscou hepatites virais segundo classificação etiológica, Ariquemes/RO 2001-2011, indistintamente de raça, sexo, idade, escolaridade e outros.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HEPATITES

Há indícios de que a hepatite é uma doença que atinge a humanidade desde a antiguidade. Estudos mostram que as hepatites são mencionadas na literatura há anos atrás, pois a ocorrência de icterícia epidêmica é relatada desde períodos anteriores a era cristã. Inicialmente, descrita por Hipócrates (400 a.C.) na Babilônia, foram relatados surtos epidêmicos de icterícia, há cerca de 2500 anos. No início do século XX, foram observados em vários países surtos de icterícia epidêmica, assim foram associados a transfusões de sangue, uso de medicação injetável com seringas e agulhas não-esterilizadas e à administração de vacinas, conforme ocorrido na Segunda Guerra Mundial, como relatam Gomes e Niel (2008), o ocorrido de um surto de icterícia entre os militares vacinados contra febre amarela.

Apesar de ser uma doença antiga, só a partir de 1940 as opiniões começaram a indicar que havia mais de um agente viral para icterícia epidêmica. Na Inglaterra em 1947, MacCallum designou pelos termos (vírus da hepatite A e vírus da hepatite B), os supostos agentes etiológicos. O comitê das hepatites virais da OMS adotou esta terminologia, a qual permanece até os dias de hoje. (HOLLINGER, 1991 apud ARAUJO, 2008).

Essa idéia foi consolidada em 1965 quando Blumberg descobriu em uma investigação científica que, no soro de um aborígine Australiano, havia um antígeno que reagia com o soro de dois pacientes hemofílicos politransfundidos. Após esse ocorrido anunciou-se a descoberta do vírus hepatite B, nomeando-o de antígeno Austrália. Devido a essa descoberta Blumberg ganhou o prêmio Nobel de Medicina (1978). Desde a descoberta nota-se um crescimento no índice de portadores crônicos, apesar da existência de vacina há mais de vinte anos. (BLUNBERG; ALTEN; VISNICH, 1965 apud PARANÁ; ALMEIDA, [200-]; FONSECA, 2010).

Atualmente as hepatites virais são caracterizadas por inflamação no fígado causadas por diferentes agentes etiológicos, sendo os principais vírus A, B, C, D e E. As hepatites se agrupam conforme a transmissão, como os vírus da hepatite A (HAV) e vírus da hepatite E (HEV) possuem transmissão fecal-oral e apresentam apenas a forma aguda de hepatite, sendo disseminados por alimentos e água

contaminada, objetos contaminados, pessoa a pessoa (contato intrafamiliar e institucional). Do outro lado, o grupo dos vírus da hepatite B, Vírus da Hepatite C (HCV) e Vírus da Hepatite D (HDV) possuem várias formas de transmissão, como sexual, parenteral, compartilhamento ou reutilização de objetos contaminados, acidentes com pérfuro cortantes, transmissão de mãe para filho e hemodiálise. Este último grupo representa os principais agentes etiológicos da hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular. (CRUZ; SHIRASSU; MARTINS, 2009).

Outros vírus foram descobertos além dos vírus A, B, C, D, E, como o Vírus da Hepatite G (HGV) e o Vírus Torque Teno (TTV), vírus esses com papel pouco importante na etiologia das hepatites (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Conforme publicação do Ministério da Saúde (MS) (2011), estima-se que atualmente haja no mundo 400 milhões de portadores crônicos da hepatite B e a OMS imagina que cerca de 2 bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus no mundo. No Brasil, cerca de 15% da população já teve contato com o vírus da hepatite B. Na tentativa de diminuir esses dados, o MS criou em fevereiro de 2002 o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. (BRASIL, 2002a).

O governo federal sancionou Lei nº 11.255, em dezembro de 2005, lei essa conhecida como Lei das Hepatites, que define as diretrizes da prevenção e atenção integral à saúde das pessoas portadoras de hepatites no âmbito do SUS. (BALLARATI, 2005).

A Hemovigilância tem como objetivo aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, principalmente nos acidentes transfusionais, portanto a lei nº 10.205 foi criada para garantir os direitos do doador e receptor. (BRASIL, 2003).

De acordo com a lei nº 10.205/2001 no seu Art. 1º:

Sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei. (BRASIL, 2001a).

No setor de transfusão sanguínea a contaminação por hepatite vem crescendo. Cerca de 7% do sangue coletado é descartado principalmente pela contaminação do vírus da hepatite B. Uma vulnerabilidade do teste de sorologia compromete a

segurança da transfusão de sangue, pois o teste só é eficiente após o período de janela imunológica, ou seja, o tempo necessário para o organismo responder à presença do vírus, detectando assim, anticorpos. Para se ter uma idéia o MS estima que uma em cada 13.272 bolsas de sangue está contaminada pela hepatite C, e são feitas a doação durante a janela imunológica. Atualmente, existe um exame capaz de reduzir de 70 para 11 dias de janela imunológica, o exame amplifica ácidos nucléicos, que identifica traços de Ácido Desoxirribonucléico (DNA) do próprio vírus, diminuindo o risco de contaminação. (PIETROBELLI, 2011).

Um estudo sobre a prevalência do marcador sorológico anti-HBc da hepatite B em doadores de sangue, segundo banco de dados da hemorrede de Rondônia-2008 a 2009 foi realizado por Longhi, Cordeiro e Ramalhaes (2010), que apontam Ariquemes como município de destaque em número de casos no Estado, fato esse relacionado aos portadores estarem em área de garimpo.

4.1.1 HEPATITE B

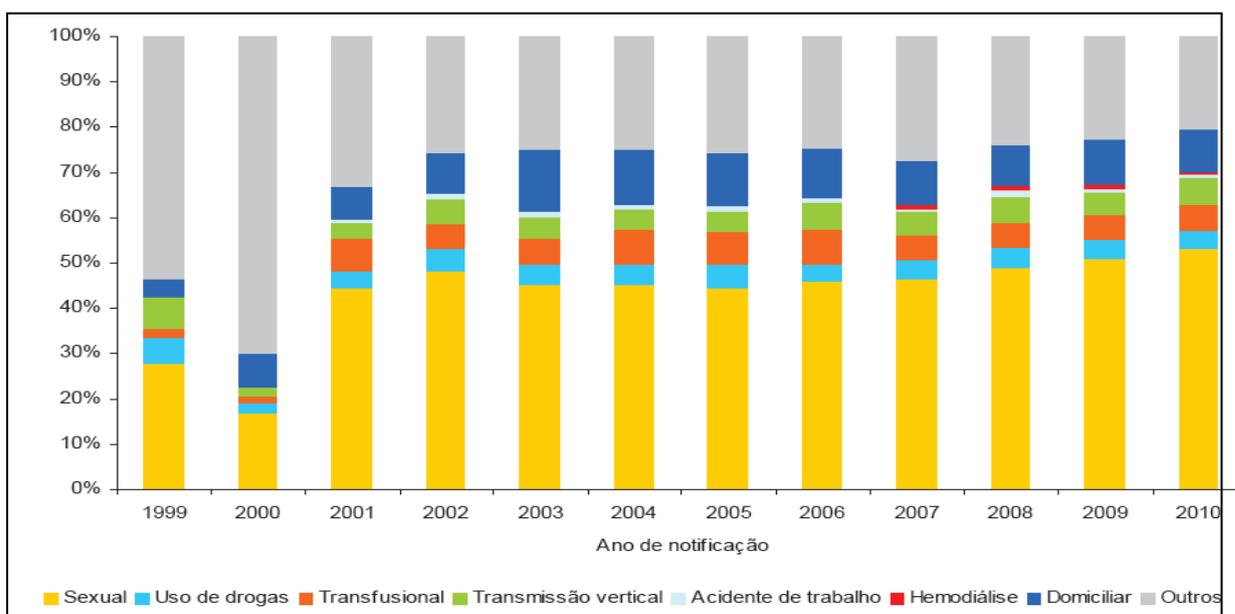
Outra informação de valia é que cerca de um milhão de pessoas morrem anualmente devido a complicações no fígado induzida pelo vírus. O Vírus da hepatite B contém DNA como material genético, da família dos *Hepadnaviridae*, apresenta uma estrutura complexa com duplo envoltório. Podem ser encontradas no soro de pessoas infectadas, partículas morfologicamente diferentes relacionadas ao HBV, como uma partícula infecciosa esférica, com diâmetro de 42nm (vírion); outra partícula esférica com 22nm de diâmetro e uma terceira partícula com forma tubular e de comprimento variável, sendo as duas últimas partículas não infecciosas. (SILVA; NIEL, 2006).

De acordo com Fonseca (2007), quatro antígenos são produzidos pelo genoma do HBV, o Antígeno de Superfície do HBV (HBsAg); Antígeno 'e' do HBV (HBeAg); Antígeno Central (core) do HBV (HBcAg); e Antígeno 'x' do HBV (HBxAg). (WIENS; CORRER; PONTAROLO, 2010).

Uma pequena variação nos genótipos do antígeno de superfície do vírus B permite estabelecer quatro subtipos, sendo eles *adw*, *ayw*, *adr* e *ayr*. (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010a).

De acordo com Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Hepatologia o período de incubação do HBV é de 45 a 180 dias, os indivíduos infectados desenvolvem quadro de hepatite aguda e 5 a 10% tornam-se portadores crônicos dos casos de adultos e em 90% dos neonatos. A infecção se torna crônica devido a persistência do vírus, pela presença do HBsAg por mais de seis meses. (WIENS; CORRER; PONTAROLO, 2010).

As formas mais importantes de contágio são por via sexual, inoculação percutânea com objetos perfuro cortantes e a transmissão vertical, por via transplacentária, no momento do parto ou durante o aleitamento materno, além dos cuidados com o neonato, conforme demonstra o Figura 1. O vírus sobrevive no sangue seco à temperatura ambiente, por superfícies ambientais, pelo menos uma semana. (CONCEIÇÃO et al., 2009; BRASIL, 2008).



Fonte: BRASIL, (2011b)

Figura 1 - Distribuição percentual dos casos de hepatite B segundo provável fonte/mecanismo de infecção por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2010

A via sexual é a principal forma de transmissão da hepatite B, mesmo o SUS disponibilizando gratuitamente preservativos e promovendo campanhas educativas incentivando o uso do preservativo pelo casal de modo a prevenir as DST/HIV/Aids e gravidez indesejada. (BRASIL, 2010b).

A hepatite aguda evolui para a cura em 90% a 95% dos casos e para o estado de portador crônico nos restantes 10% a 5%. Metade dos portadores HBV crônicos não apresentam doença hepática, já a outra metade mostra sinais de atividade

inflamatória no fígado, de variada intensidade, podendo desenvolver cirrose hepática e hepatocarcinoma. Em 98% dos casos de recém-nascidos de mães portadoras da doença, a infecção se torna crônica, persistindo com marcadores sorológicos ativos pelo HBV, durante várias décadas da vida. (FERREIRA, 2000).

O Município de Ariquemes possui 4.706,70 km², sendo 64 km² de área urbana, com população total do município de 90.353 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). A cidade está localizada a 198 km da Capital Porto Velho. E de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na região de Ariquemes foram confirmados 248 casos de hepatite B, correspondendo 18,78% de casos confirmados, dos anos de 2001 – 2006. (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d, BRASIL, 2011e -Sinan Net).

Tabela - 1 Hepatites Virais segundo Classificação Etiológica, Ariquemes/RO 2001-2010

Período	Número total Investigado	Vírus B N/%
2001 – 2010	3785	691 – 18,25%

Fonte: SVS/ Semsau/Ariquemes, RO/BRASIL, (2011e)-Sinan Net. Adaptado por MARMENTINI, (2011).

A hepatite B aguda possui três fases de evolução, que ocorrem em torno de quatro semanas. A primeira fase é a pré-ictérica com aparecimento de febre, dores musculares ou articulares, astenia e sintomas digestivos, como anorexia (falta de apetite), náusea, vômito e às vezes, cefaléia. Eventualmente essa fase pode não acontecer, hipocolia (fezes claras) pode surgir por pouco tempo acompanhada de prurido (coceira). E por último o período de convalescença ocorrendo desaparecimento de icterícia e retornando a sensação de bem-estar. (BRASIL, 2005a).

A resposta imune mediada por células parece ser a primeira causa da destruição das células hepáticas, sendo as células principais envolvidas, as células T citotóxicas HLA-I-restritas, reagindo contra os fragmentos das proteínas do nucleocapsídeo (HBcAg e HBeAg) expressos na superfície dos hepatócitos infectados. (HARVEY; CHAMPE; FISHER, 2008).

O marcador sorológico é anticorpo contra o Antígeno do Núcleo do Vírus da Hepatite B (anti-HBc) (IgM e IgG) indicam o contato com o vírus da hepatite B. Se for negativo indica a ausência de contato prévio com o HBV e, portanto, exclui infecção. Se for positivo requer a avaliação de anticorpo contra o Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (anti-HBs) e HbsAg, que indicará ou imunidade ou infecção ativa. Se forem confirmados, a presença de anticorpos anti-HBe, HBeAg e Anticorpo da Classe IgM Contra o Antígeno do Núcleo do Vírus da Hepatite B (anti-HBc IgM), indicam a evolução provável da doença. (KHOURI; SANTOS, 2004).

A infecção da hepatite B crônica apresenta três fases distintas. A primeira fase de imunotolerância ocorre após período de transmissão perinatal que é caracterizada pela presença sérica de HBsAg, HBeAg, DNA do vírus elevado, níveis normal de transaminases, mínima lesão hepática histológica. A segunda fase imunoativa é onde se esgota a tolerância imunológica, e aparece o marcador ativo da doença, com as transaminases elevadas, numa tentativa de destruir os hepatócitos infectados. Da segunda para terceira fase, que é chamada de soro conversão, ou seja, perda do HBeAg e aquisição do Anticorpo Contra o Antígeno “e” do Vírus da Hepatite B (anti-HBe), acompanhada de uma queda do DNA-HBV, representando a transição para fase de portador inativo. Alguns portadores nos quais ocorre soro conversão HBeAg apresentam transaminases elevadas e níveis elevados de DNA-HBV, este paciente apresenta uma forma mutante do HBV, com mutação nas regiões do pré-core, que impede a produção de HBeAg. Essa forma de hepatite é denominada de hepatite crônica B HBeAg negativo. (MOREIRA; AREIAS, 2009).

4.1.1 Prevenção

4.1.1.1 Vacina e Imunoglobulina Humana

O Programa Nacional de Imunização (PNI), do Ministério da Saúde, recomenda a vacinação universal das crianças contra hepatite B. A vacina deve ser feita nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido e em adultos pertencentes aos grupos de risco a exemplo dos doadores regulares de sangue, portadores de hepatite C,

politransfundidos, usuários de hemodiálise, profissionais da saúde, população indígena, comunidade domiciliares de portadores do vírus de hepatite B, homens que fazem sexo com homens, portadores de neoplasia, usuários de drogas injetáveis, pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), profissionais do sexo, entre outros. (BRASIL, 2008).

A vacina contra a hepatite B faz parte do calendário de vacinação da criança e do adolescente. Ela é indicada para jovens com até 24 anos, 11 meses e 29 dias (faixa que será ampliada pelo MS para até 29 anos em 2012). Nos casos de gestante portadora do vírus da hepatite B, além da vacina o recém-nascido deverá receber imunoglobulina contra o vírus, nas primeiras 12 horas de vida, para evitar a transmissão de mãe para filho. (BRASIL, 2011f).

As vacinas contra o vírus da hepatite B são produzidas por engenharia genética, são constituídas por produto que contém o antígeno de superfície do HBsAg purificado. Várias são as dosagens, portanto deve seguir as orientações da bula do produto e as normas estabelecidas pelo PNI para cada situação específica. As primeiras duas doses devem ser aplicadas com intervalos de um mês, a terceira deve ser tomada seis meses após a primeira. (BRASIL, 2001b).

A Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite Tipo B (IGHAHB), é indicada no caso de pessoas não vacinadas, que sofreram algum tipo de exposição ao vírus da hepatite B como: vítimas de abuso sexual; comunicante sexual de caso agudo de HBV; vítima de exposição sangüínea, quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco; recém-nascidos de mãe portadora do vírus da hepatite B. Após uso de IGHAHB os pacientes devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra HBV. (BRASIL, 2005b).

4.1.1.2 Diagnóstico de hepatite B

Apenas com o diagnóstico clínico não é possível identificar o agente etiológico, sendo necessária a realização de vários exames sorológicos. Os exames laboratoriais inespecíficos consistem em dosagem de Aspartato-Aminotransferase (AST), Alanina Aminotransferase (ALT), que indicam presença de lesão hepática. Se a bilirrubina estiver elevada e o tempo de protrombina aumentado, pode indicar

gravidade da doença. Os exames específicos são feitos através de métodos sorológicos e de biologia molecular. (BRASIL, 2006b).

Segundo a Portaria nº 860/2002, pacientes portadores de hepatite B candidatos a tratamento deverão fazer avaliação inicial, na qual deve constar anamnese completa, exame físico e exames complementares como hemograma completo com contagem de plaquetas, dosagem de AST, ALT, tempo de protrombina, bilirrubinas, albuminas, glicemia de jejum, creatinina, biópsia hepática do último ano (salvo nos casos de cirrose com diagnóstico clínico ou coagulopatia), HBsAg, HBeAg, anti-HBe, Anticorpo Contra o Vírus da Hepatite C (anti-HCV), Anticorpo Contra Vírus da Imunodeficiência Humana (anti-HIV), Gonadotrofina Coriônica Humana (beta-HCG) em mulheres em idade fértil, os pacientes que apresentarem HBsAg positivo, HBeAg negativo e ALT elevada deverão realizar teste quantitativo para HBV-DNA. (BRASIL, 2002b).

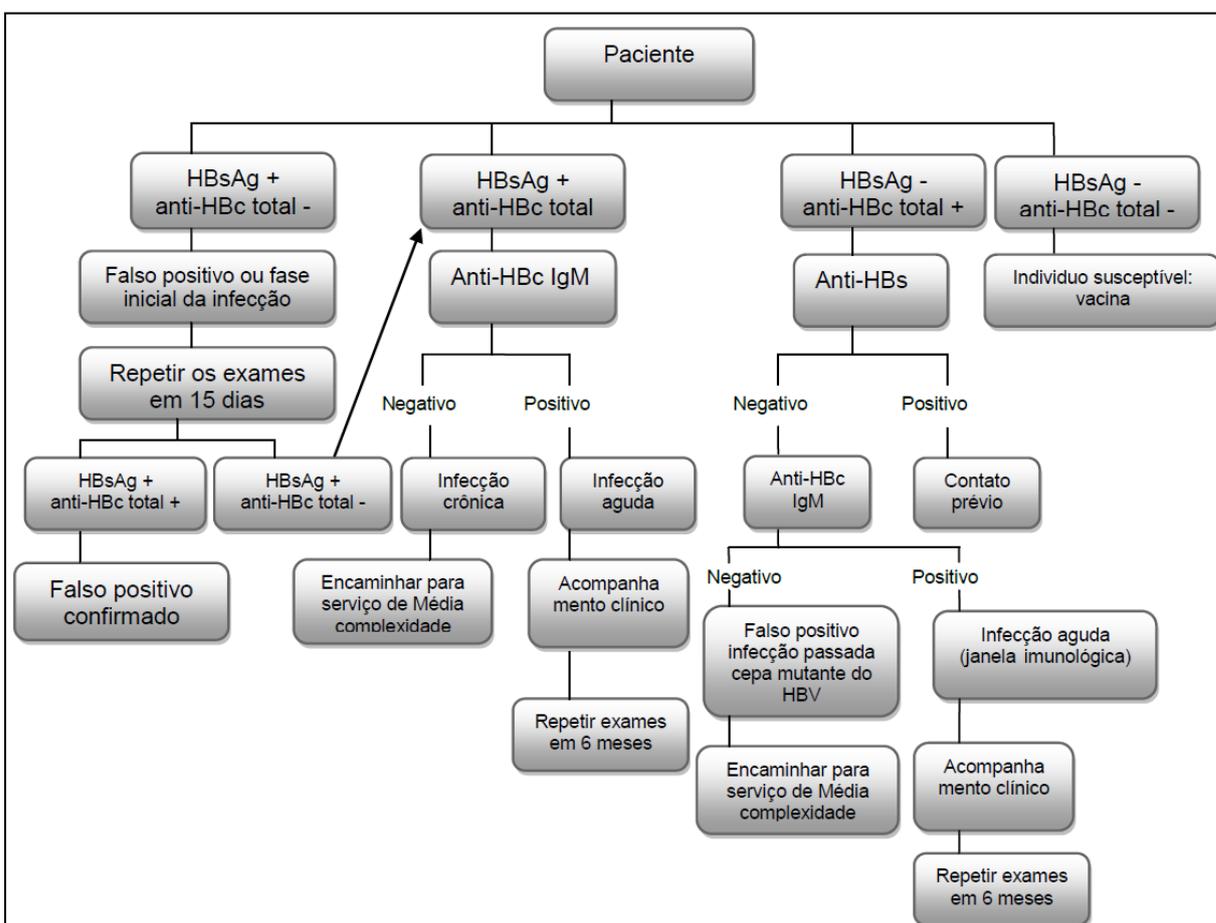
Marcador	Significado
HBsAg	Primeiro marcador que aparece na infecção aguda Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente Sua presença por mais de 6 meses indica hepatite crônica
Anti-HBc IgM	É marcador de infecção recente Marcador que diferencia a infecção aguda da crônica Pode persistir por até 180 dias após a infecção
Anti-HBc IgG	Marcador de longa duração e está presente nas infecções agudas e crônicas. Representa contato prévio com o vírus.
HBeAg	Indicativo de alta replicação viral Aparece na fase aguda após o HBsAg Pode permanecer por até dez semanas na fase aguda
Anti-HBe	Indica o fim da fase replicativa, surge após o desaparecimento do HBeAg
Anti-HBs	Indica imunidade contra o vírus Encontrado isoladamente em pessoas vacinadas Detectado entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg Surgimento anti-HBs, no curso de infecção aguda, é sinal de cura.

Fonte: BRASIL, (2006a); Brasil, (2008). Adaptado por MARMENTINI (2011)

Quadro 1 - Significado dos marcadores sorológicos da hepatite B

Os exames de biologia molecular são efetuados para detectar a presença do DNA do vírus. Os testes realizados podem ser para qualificar (indicador de presença ou ausência do vírus na amostra), quantificar (indicador de carga viral presente na amostra) ou de genotipagem (indicam o genótipo do vírus). (BRASIL, 2006b).

O caderno de atenção básica refere-se à HIV/Aids, hepatites e Doença Sexualmente Transmissível (DST), possui fluxograma para diagnóstico sorológico da hepatite viral B, que preconiza as ações expressas abaixo na Figura 1, a partir dos marcadores HBsAg positivo e anti-HBc total negativo, HBsAg positivo e anti-HBc total, HBsAg negativo e anti-HBc total positivo e HBsAg negativo anti-HBc total negativo. (BRASIL, 2006a).



Fonte: BRASIL, (2006 a); BRASIL, (2008). Adaptado por MARMENTINI (2011).

Figura 2 - Fluxograma de investigação laboratorial da hepatite B

4.1.1.3 Tratamento hepatite B

Segundo Ministério da Saúde o tratamento farmacológico da hepatite crônica B pode ser feito com interferon-alfa, lamivudina, peg-interferon-alfa 2a e 2b, adefovir, entecavir, telbivudina e tenofovir, a seguir tem-se relatados os medicamentos, apresentando a classificação e apresentações, além de esquema de administração. (BRASIL, 2010a).

Interferons: Seu mecanismo de ação envolve efeitos antivirais, antiproliferativos e imunomoduladores. Sua vantagem é o tratamento por tempo definido (48-52 semanas), porém podem surgir efeitos colaterais e contra-indicados em pacientes portadores de cirrose hepática descompensada. O Interferon pode ser apresentado de duas formas: Interferon-alfa-2a (convencional): em adultos as doses podem ser de 4.500.000 a 5.000.000 UI diariamente ou 9.000.000 a 10.000.000 UI três vezes por semana sendo aplicado por via subcutânea e em crianças 6.000.000 UI/m² (máximo de 10.000.000) três vezes por semana. Em casos de supressão da medula óssea ou febre a dose deve ser reduzida (ocorre em 20% dos casos). Para pacientes HBeAg positivo a duração do tratamento é de 16-24 semanas e pacientes HBeAg negativos 52 semanas. E o Interferon Peguilado alfa-2a: doses de 180 mcg por semana durante 48 semanas. (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2007a).

O Interfero- α (IFN- α) foi a primeira droga licenciada pelo FDA para tratamento de hepatite B. O IFN possui duas formas de apresentação, convencional ou peguilado (peginterferon). A peguilação permite que o medicamento fique atuando por mais tempo no organismo. O processo de peguilação liga covalentemente uma molécula de Interferon a uma molécula de polietilenoglicol. (KARAYIANNIS, 2004 apud ARAUJO, 2008).

Lamivudina: Um análogo de nucleotídeo inibidor da transcriptase reversa, inibindo a replicação do VHB (LOK e McMAHON, 2007). Um potente inibidor da síntese do DNA viral, bloqueando a síntese de novas partículas virais, é administrada por via oral e possui poucos efeitos adversos, comparado ao Interferon. Estudos têm demonstrado que a droga gera acentuada redução da replicação do DNA, melhorando as aminotransferases. A Lamivudina apresenta baixa barreira genética e elevado potencial de resistência. (DIENSTAG et al., 1995 apud BRASIL, 2009a).

Altos índices de recidivas ocorrem após o término de tratamento com

lamivudina, e estão relacionados à persistência do DNA do vírus circular (cccDNA) no núcleo do hepatócito. Esse ácido nucléico serve de molde para transcrição do RNA pré-genômico. O rápido reaparecimento após o término da terapia do ácido nucléico viral no soro ocorre porque a maioria dos antivirais ativos sobre o vírus possui pouco ou nenhum efeito sobre o DNA-HBV circular do núcleo hepatocítico. (FERREIRA, 2000 apud WIENS, CORRER e PONTAROLO, 2010).

Adefovir: É um análogo nucleotídeo inibidor da transcriptase reversa e da atividade da DNA polimerase. Possui uma barreira genética mais eficiente que a Lamivudina, e induz mutações que tornam o vírus da hepatite B resistente a droga. (BRASIL, 2009a).

Entecavir: medicamento de via oral, foi aprovado pela FDA em 2005, a dose é de 0.5 mg/dia, 1.0 mg/dia (doentes resistentes à Lamivudina), é um medicamento bem tolerado, elevada potencia anti-viral, eficaz quando o vírus já é resistente à Lamivudina, nesse caso é necessárias doses superiores e possui alto risco de resistências e sua desvantagem é rara soroconversão de HBsAg. (MOREIRA; AIRES, 2009).

Telbivudina: Um análogo nucleosídico, possui atividade potente sobre o DNA do vírus, é administrado 600mg por via oral, ao dia. (HOOFNAGLE, 2006 apud FERREIRA; BORGES, 2007).

Tenofovir: Fármaco aprovado mais recentemente para o tratamento do HBV, um análogo nucleotídeo que bloqueia a ação da enzima transcriptase reversa, enzima responsável pela replicação do HBV, é estruturalmente semelhante ao adenovir, porém possui um maior potencial de inibição da replicação viral e mais rápido na ação. (LOK e McMAHON, 2007).

Segundo os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (2009a) e (2010a) o tratamento da hepatite viral crônica B e co-infecções, os critérios para indicação do tratamento são diversos e estão descritos abaixo:

Indivíduos virgens de tratamento, com HBeAg reagente, não cirróticos: Deve ser feito dosagem das aminotransferases, para orientar no segmento e na decisão terapêutica. Quando a ALT e/ou a AST estiverem normais deve ser feito monitoramento a cada três meses, e quando estiverem alteradas deve-se iniciar tratamento. A biopsia não é obrigatória em pacientes HBeAg reagente não cirróticos, entretanto é recomendada para pacientes maiores de 40 anos do sexo masculino

principalmente. O interferon-alfa (INF- α) é o medicamento de primeira escolha, sendo 5MUI diárias ou 10MUI três vezes por semana, por 16 a 24 semanas. Pacientes que não apresentarem soroconversão em 16 semanas deverão prolongar o tratamento por até 24 semanas.

Indivíduos virgens de tratamento, com HBeAg não reagente e não cirróticos: É recomendado a dosagem da ALT e AST, se normais realizar monitoramento das aminotransferases e HBV-DNA a cada seis meses. O tratamento deve ser iniciado se as aminotransferases estiverem normais com HBV-DNA $\geq 10^4$ cópias/mL ou ≥ 2.000 UI/mL com biopsia demonstrando atividade inflamatória e/ou fibrose $\geq A2$ e/ou $\geq F2$, se as aminotransferases estiverem alteradas com HBV-DNA $\geq 10^3$ (ou ≥ 200 UI/mL) e $< 10^4$ cópias/mL ou < 2.000 UI/mL e a biopsia demonstrando atividade inflamatória e/ou fibrose $\geq A2$ e/ ou $\geq F2$ ou HBV-DNA $\geq 10^4$ cópias/mL, independentemente da biopsia hepática. O medicamento indicado é o tenofovir, devido sua elevada potência de supressão viral e alta barreira genética de resistência.

Indivíduos virgens de tratamento, cirróticos, com HBeAg reagente ou não reagente: O tratamento é indicado em pacientes HBeAg reagentes independente dos níveis das aminotransferases, da classificação de Child-Pugh, e HBV-DNA, em paciente HBeAg não reagentes, cirrótico Child-Pugh B e C, independente da carga viral e aminotransferases, e em pacientes HBeAg não reagentes com cirrose Child-Pugh A e quando as aminotransferases estiverem alteradas e/ou HBV_DNA $\geq 10^3$ cópias/mL (200UI/mL). O entecavir é recomendado para terapia.

Hepatite viral crônica B em crianças: Mais de 90% dos recém-nascidos de mães HBsAg e HBeAg reagentes, tornam-se portadores crônicos e as crianças de 1 e 5 anos a taxa de cronificação é de 25 a 30%. A transmissão vertical ocorre 70 a 90%, quando há replicação viral pela presença do HBeAg e/ou quando HBV-DNA. O tratamento é iniciado quando as aminotransferases estiverem elevadas entre duas a cinco vezes acima do normal, sucessivamente por um período de 6 a 12 meses, em pacientes HBeAg reagentes quando a replicação viral estiver elevada, HBV-DNA $\geq 10^5$ cópias/ml ou 20.000 UI/ml, ou 104 cópias/ml em HBeAg não reagentes. O interferon-alfa é usado como medicamento de primeira escolha para o tratamento, e a lamivudina fica reservada para pacientes que não apresentarem resposta ao INF- α .

Coinfecção do vírus da hepatite crônica B com o vírus da imunodeficiência humana (HIV): o tratamento deve ser iniciado em pacientes com replicação viral HBeAg reagentes e/ou HBV-DNA $\geq 10^4$ cópias/ml ou ≥ 2.000 UI/ml e/ou aminotransferases elevadas, em pacientes sem evidências de replicação viral, com alterações histológicas, fibrose F1 a F4 ou pacientes sem fibrose, com atividade necroinflamatória e em pacientes com cirrose. É usado para o tratamento a terapia antirretroviral (TARV), contendo tenofovir e lamivudina. Em pacientes coinfectados com o vírus B e HIV, a escolha do tratamento será de acordo com o resultado da contagem de linfócitos T- CD4+.

Coinfecção do HBV crônico com o vírus da hepatite C: o tratamento para HCV em pacientes HBeAg reagente, deve ser usado o interferon peguilado associado a ribavirina, independentemente do genótipo do HCV, por 48 semanas. Já em pacientes HBeAg não reagentes, com carga viral HBV-DNA > 10.000 cópias/ml (ou > 2.000 UI/ml), pode ser adicionado um nucleosídeo análogo (lamivudina ou entecavir) ao interferon peguilado + ribavirina. Após as 48 semanas de tratamento, com nucleosídeo análogo deverá ser mantido.

4.2 ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS NO SUS

De acordo com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) no SUS 01/2002, a assistência às hepatites virais está dividida em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. A rede de serviços aos portadores de hepatites virais envolve o CTA, as UBS, equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) e serviços da média e alta complexidade. (BRASIL, 2006a).

A referida norma faz alusão às atividades por nível de atenção, prevendo na esfera da Atenção Básica (UBS, PSF, CTA) ações de promoção à saúde; prevenção; aconselhamento e triagem sorológica e acompanhamento de pacientes e comunicantes. Na esfera de Média Complexidade (serviços especializados) encontram-se todas as atividades descritas para Atenção Básica para a população de sua área de abrangência; exames confirmatórios; biópsia hepática; definição da necessidade de tratamento e tratamento e manejo clínico de pacientes. Já a área de atuação de Alta Complexidade (centro de referência) envolve todas as atividades

descritas para média complexidade, para a população da sua área de abrangência; protocolos de pesquisa e acompanhamento de pacientes em situações especiais (falha terapêutica, co-infecção com HIV e outras co-morbidades).

A orientação farmacêutica realizada nas unidades dispensadoras de medicamentos deve ser valorizada por ser um momento favorável para garantir a adesão ao tratamento, devendo estar articuladas com a equipe do ambulatório especializado – SAE. É importante que o usuário seja orientado sobre a necessidade do tratamento, as possíveis complicações da terapia, o usuário deve sentir-se motivado a tomar a medicação de forma rigorosa, esse processo exige participação do usuário e dos profissionais de saúde para o sucesso da terapia. (BRASIL, 2007b).

No Art. 30 da Portaria n. 2981 de 2009, que se refere sobre os tramites de acesso aos medicamentos e os documentos obrigatórios para solicitação, tais como cópia do Cartão Nacional de Saúde, cópia de documento de identidade adequadamente autenticado de acordo com o documento original, Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - LME, devidamente preenchido, prescrição médica preenchida corretamente, bem como os documentos citados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a doença e o medicamento solicitado e cópia do comprovante de residência. Se o paciente desejar, o Art. 31 define que o mesmo pode designar um representante para fazer retirada da medicação, sendo necessário um cadastro inserido na documentação. (BRASIL, 2009b).

No aconselhamento, o profissional de saúde deve ajudar o usuário a avaliar e a entender seus riscos de infecção pelas hepatites, identificar mudanças para situações de risco, elaborar um plano de redução de riscos, mostrar a necessidade da triagem sorológica do parceiro sexual, principalmente quando a hepatite for do vírus B, enfatizar o modo de transmissão entre a hepatite B e DST/HIV/Aids, alertar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas, podem alterar a percepção de risco (BRASIL, 2006a).

As hepatites são doenças de notificação compulsória e o ato de notificar é uma ação no processo da Vigilância Epidemiológica e baseia-se na notificação e investigação epidemiológica por meio do SINAN. Este sistema objetiva acompanhar

coletivamente, a tendência da doença, permitindo avaliar as medidas de prevenção executadas, com rastreamento das fontes de infecção, e permitir identificação de novos casos entre os comunicantes (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011g).

Na suspeita de doença de notificação compulsória, deve ser preenchida a ficha Individual de Notificação (FIN), por um profissional da unidade assistencial, conforme Anexo I. Essas fichas devem ser encaminhadas aos serviços responsáveis pela informação ou encaminhadas para vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que semanalmente devem repassar os arquivos para as Secretarias Estaduais de Saúde, a partir das fichas de notificação é dado a entrada nas bases de dados referentes às notificações de hepatites virais no SINAN. (BRASIL, 2011g).

Na agenda estratégica para os anos de 2011 a 2015, da SVS vinculado com MS, o seu objetivo dois tende a reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, possui em suas propriedades o objetivo de reduzir a transmissão das hepatites virais, formando estratégias de ampliação do diagnóstico precoce das hepatites virais e qualificação das estratégias de enfrentamento das hepatites virais, traçando metas para ampliar o uso de teste rápido para hepatite B para 100% das gestantes, sendo o incremento de 25% ao ano, a partir de 2012, Ampliar o uso de antivirais no 3º trimestre de gestação para 100% das gestantes portadoras de hepatite B, sendo o incremento de 25% ao ano, a partir de 2012, ampliar a confirmação sorológica dos casos de Hepatite B para as 27 UF até 2015, ampliar a confirmação sorológica dos casos de Hepatite C para as 27 UF até 2015 e elaborar plano de enfrentamento das hepatites virais em 2011. (BRASIL, 2011h).

4.3 ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PORTADORES DE HEPATITE B

De acordo com Saar e Trevisan (2007), o farmacêutico criou um conjunto de regras, isolando-se, consciente ou inconscientemente, das equipes de saúde. O papel do farmacêutico limita-se à gerência, bioquímica e farmácia, de forma que os outros profissionais não vêem sua importância em uma equipe de saúde. Na tentativa de mudar, atualmente uma nova prática profissional, a atenção farmacêutica é de extrema importância para resgatar e inovar a profissão

farmacêutica (PROVIN et al., 2010). Razões pelas quais, a atenção farmacêutica foi abordada com neste estudo.

A profissão farmacêutica vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Lei 5991/73, exige o profissional farmacêutico como responsável técnico das farmácias municipais, assim assumindo o gerenciamento da assistência farmacêutica básica, vigilância em saúde (Vigilância Sanitária e Epidemiológica) e nos demais programas de saúde implantados pelo SUS. Ainda o autor menciona a Lei 8080 de 1990, estabelece que no campo de atuação do SUS, está incluída a execução da “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.” (CRF-PR, 2005).

Por assistência farmacêutica entende-se as várias ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, esse conjunto de ações envolvem a seleção de medicamentos, a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a dispensação de medicamentos, além de acompanhar, avaliar e supervisionar as ações. (BRASIL, 2007c; FOPPA, et al., 2008).

Entre as prioridades da orientação da assistência farmacêutica está:

“a estruturação da Assistência Farmacêutica (AF) é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores e profissionais do SUS, uma vez que sua reorientação propõe uma mudança no modelo de organização e na forma de gerenciamento, tendo por base uma nova lógica de atuação. Não deve se limitar apenas a aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo para a sua implementação a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garante a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integridade das ações.” (BRASIL, 1998 apud CRF-PR, 2005)

A profissão farmacêutica tem passado por transformações ao longo dos anos. Desenvolvendo a assistência farmacêutica, uma forma muito abrangente, pois o profissional prende-se a serviços burocráticos, deixando a sua principal função que é promover o uso racional de medicamentos. Visando nortear e estender a atuação do farmacêutico de modo a centrar sua formação também aos cuidados com o paciente, assim permitindo ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, essa nova prática denominada atenção farmacêutica veio para inovar a profissão. (ARAÚJO et al., 2008).

A atenção farmacêutica foi determinada pela primeira vez em 1990, por Hepler e Strand como sendo o profissional responsável pelo tratamento farmacológico com propósito de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. No ano 1993 a OMS estendeu o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade e reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde. (CONSENSO, 2002).

O conceito de “Atenção Farmacêutica” proposto:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (OPAS/OMS, 2002).

Além do conceito citado, a atenção farmacêutica no Brasil, alguns macro-componentes foram criados para o exercício da atenção farmacêutica sendo eles a educação em saúde, a orientação farmacêutica, dispensação, o atendimento farmacêutico incluindo o acompanhamento do seguimento farmacoterapêutico e registros das atividades, mensuração e avaliação dos resultados obtidos. (FORUM, 2004).

Segundo Cvitanic (1993), o processo de Atenção Farmacêutica consistiu na detecção de problemas potenciais ou reais no uso do medicamento, como indicação, alergias, interações, reações adversas, duplicidades, contraindicações, forma farmacêutica, vias de administração, monitoração de parâmetros subjetivos e objetivos de efetividade terapêutica e adesão ao tratamento. (PROVIN et al., 2010).

A Atenção Farmacêutica consiste em uma entrevista inicial e outras entrevistas mensais. Na entrevista inicial, os pacientes são orientados sobre o serviço, sobre a doença, tratamento (chance de resposta ao tratamento, reações adversas, exames laboratoriais necessários para o monitoramento, riscos do tratamento, entre outros). Nas entrevistas mensais são feitos questionamentos de reações adversas ocorridas com o paciente, análise de exames laboratoriais que deverão ser realizados mensalmente. Na ocorrência de alterações significativas dos exames laboratoriais

ou ocorrência de reações adversas que estejam incomodando o paciente, o profissional farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico assistente para nova avaliação clínica e, se necessário, ajustes de doses, suspensão do tratamento e manejo dos efeitos adversos. (AMARAL, REIS e PICON, 2006).

Na Atenção Farmacêutica o profissional deve estabelecer uma relação acolhedora e estreita com o paciente, tornando-os parceiros no processo terapêutico, tendo como objetivo prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados ao medicamento. Assim, o profissional deixará de se ocupar especificamente com as atividades burocráticas relacionadas à aquisição, distribuição de medicamentos para se ocupar com a atenção direta com o usuário. (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; CRF-RS, 2008-2009).

Vieira (2007) comenta que no serviço público embora de forma muito lenta, já é possível se esbarrar com o farmacêutico desempenhando funções dentro das secretarias municipais de saúde, mas a quantidade de profissionais está muito abaixo das reais necessidades. Nas UBS a presença do profissional ainda não está garantida, mesmo com a existência do projeto de Lei 3.752 aprovado em 2008, que dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de farmacêutico nas unidades de saúde do SUS. (CRF-RO, 2010).

A orientação farmacêutica é de suma importância para o paciente, porque a falta de informação ao paciente a respeito do uso correto dos medicamentos (indicação, tempo do tratamento, posologia, dosagem contra-indicações, interações, dosagem, cuidados no uso entre outros) é uma das principais causas de falha no tratamento. A informação deve ser prestada ao paciente de forma clara, simples, compreensiva, conforme as necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico. É importante informar ao paciente interação com outros medicamentos, ênfase no cumprimento da dosagem, condições de conservação do produto, reações adversas potenciais do medicamento, via de administração, horários da administração, duração do tratamento, entre outros. (BRASIL, 2006c).

A OMS avalia que mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma errada, e metade dos pacientes não fazem o uso dos mesmos corretamente. Aumentando os gastos e ao invés de benefícios podem trazer sérios riscos. Portanto, é necessário considerar o quão é importante a contribuição do farmacêutico e efetivamente inseri-lo às equipes de saúde,

garantindo assim a melhor utilização dos medicamentos, reduzindo os riscos, possivelmente os custos. (JOÃO, 2010).

A prática farmacêutica é relacionada às atividades de educação em saúde, ao uso adequado de medicamentos, dispensação e orientação podem interferir significativamente no uso correto de medicamentos prevenindo e diminuindo os problemas relacionados aos medicamentos. (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Os governos e dirigentes analisam a questão da compra de medicamento e as estratégias de financiamento dos serviços públicos, mas poucos compreendem que os medicamentos são um instrumento da prestação de serviço e não se preocupam com a estruturação e a organização deste serviço. Assim, a grande maioria das farmácias das UBS funcionam porque um profissional ou leigo que não possui ou possui pouco conhecimento sobre medicamentos atua na dispensação (auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, entre outros). (MARÍN, 2002 apud VIEIRA, 2007).

A diretriz básica do SUS comenta sobre o processo de descentralização, o qual gera a necessidade de aperfeiçoar e buscar novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Assim a consolidação das ações da Atenção Básica como fator estruturante dos sistemas municipais de saúde é um desafio. Tornar a atenção farmacêutica realidade, reforçaria e dinamizaria esse sistema de saúde, que, por sua vez, tornam-se mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, além de contribuir para a universalização do acesso e a integralidade das ações. (PROVIN et al., 2010).

O programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional possui medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas, como os usuários transplantados, portadores de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de insuficiência renal crônica entre outros. Por se tratar de altos custos, tão importante como os recursos financeiros para aquisição destes medicamentos é a organização e a eficácia do gerenciamento do programa. No entanto, os gestores de saúde devem aprimorar a organização da área de atuação do farmacêutico de modo a racionalizar e aperfeiçoar os recursos existentes. (OPAS/OMS, 2003).

Desde 1994 a Pharmaceutical Care Network Europe tem desenvolvido estudos multicentricos, com objetivo de inserir a atenção farmacêutica na Europa e mostrar o valor da pratica profissional. Com esse intuito, foi realizado um estudo em 7 países,

demonstrando que a atenção farmacêutica a um grupo de idosos resultou em um maior controle das doenças crônicas, assim melhor qualidade de vida e satisfação dos usuários e reduzindo os custos ligado a saúde. (Bernsten et al., 2001 apud BRASIL, 2007d).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hepatite B é uma grave doença que acomete milhões de pessoas, sendo considerado um problema de saúde pública. A doença não possui tratamento específico na fase aguda por isso cerca de 5% a 10% dos portadores de hepatite B evoluem para cronicidade ficando expostos a várias complicações como cirrose e carcinoma hepatocelular.

O Sistema Único de Saúde possui níveis de atendimento aos portadores de hepatites, sendo divididas em três diferentes níveis de atenção, constituídas de atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

Embora o SUS disponibilize preservativo gratuitamente, a contaminação da hepatite ocorre principalmente por via sexual, por isso é de extrema importância que o doente e a população em geral valorize o uso do preservativo durante o ato sexual.

O tratamento de hepatite viral crônica B é de alto custo, porém é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. São medicamentos excepcionais, ou de alto custo, que na maioria das vezes o usuário não faz o uso de maneira correta, surgindo muitos eventos adversos devido à falta de informação sobre uso da medicação, interações medicamentosas, causando elevado impacto sobre a saúde e custos dos sistemas.

Este trabalho apresenta as ações do farmacêutico, enquanto profissional da saúde, interagindo com a comunidade e com outros profissionais da saúde. Os resultados dessa atuação apontam para a modificação das ações dos participantes quanto ao uso correto dos medicamentos e a necessidade de acompanhamento regular do estado de saúde.

Os efeitos adversos apresentados pelos medicamentos e o longo período do tratamento podem interferir na adesão do tratamento, por isso é essencial que o usuário seja orientado quanto às etapas do seu tratamento, a importância do cumprimento dos horários, as reações adversas e as formas de transmissão da doença.

Assim, fica claro que o realizado até hoje não é suficiente. Um impacto duradouro e positivo sobre os resultados clínicos da farmacoterapia requer um

compromisso bem maior dos farmacêuticos com o uso dos medicamentos pelos usuários, em todos os países.

Mediante o exposto fica evidente a importância de efetivar o farmacêutico na equipe multiprofissional, enriquecendo a equipe com farmacêutico devidamente capacitado e comprometido com as necessidades do usuário, neste caso portador do vírus da hepatite B, especialmente no que se refere a uma relação adequada entre o portador e o farmacêutico.

A não adesão ao tratamento não está relacionada somente a não tomar o medicamento, como também a tomá-lo de maneira inapropriada. Neste contexto o farmacêutico pode atuar não somente na orientação e administração do medicamento como também na promoção a saúde.

Dessa forma é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e sua inserção na equipe multidisciplinar em saúde com a finalidade de contribuir para a melhor adesão do usuário ao tratamento e utilização correta dos medicamentos, possibilitando com esforços mudanças no contexto da saúde pública.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Karine Medeiros; REIS, João Gabbardo dos e PICON, Paulo Dornelles. **Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: um exemplo de experiência bem sucedida com pacientes portadores de hepatite C.** Rev. Bras. Farm., Grande do Sul: vol. 87, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.revbrasFarm.org.br/pdf/2006/N12006/atencao_RBF_Vol_87_1_2006.pdf> Acesso em: 15 set. 2011.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a35.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

ARAUJO, Natalia Motta de. **Estudos de Expressão do HBsAg: Hepatite B Oculta, Genótipos do HBV e Quimeras de HBV e HCV.** Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.bdtd.cict.fiocruz.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=123>. Acesso: 06 ago. 2011.

BALLARATI, Carlos Alberto Franco. Lei das hepatites. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial.** Rio de Janeiro: vol.41, n. 6, dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442005000600002>>. Acesso em: 30 de out. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 1ed., 2007c. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/farmacia/bibliografia/pro_gestores/livro7_final.pdf>. Acesso em: 30 out. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese das Informações. Ariquemes – RO. 2011c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/SINTESE.php?nomemun=Ariquemes&codmun=110002&tema=sintese&desc=S%EDnte%20se%20das%20Informa%EDntes&legenda=Fonte%3AIBGE%20-%20Instituto%20Brasileiro%20de%20Geografia%20e%20Estat%EDstica&uf=ro&r=>>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

_____. **Lei nº 10.205, de 21 de Março de 2001.** Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Brasília: 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10205.htm>. Acesso em: 07 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Técnico de Hemovigilância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/manual_atualizado2003.pdf>. Acesso em: 23 de out. de 2011.

_____. **Avaliação da assistência as hepatites virais no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 64, 2002a. Disponível em: <<http://www.fef.br/>>

biblioteca/arquivos/data/avaliacao_da_assistencia_hepatites_virais_no_brasil_2.pdf>
. Acesso em: 25 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Vacina**. Brasília: 2011f. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/vacina-hepatites>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde. 3 ed., 72p. 2001b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac.pdf>. Acesso em: 11 set. 2011.

_____. **Hepatites em foco**. Brasília: 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18044> Acesso em: 01 nov. 2011.

_____. **Portaria nº 2981 de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: 2009b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/portaria_gm_2981_3439_ceaf.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2011.

_____. **Portaria nº 860 de 12 de Novembro de 2002**. Aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica - Lamivudina, Interferon-alfa, na forma do Anexo desta Portaria. Brasília: 2002b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/5863-860.html?tmpl=component&print=1&page=>>>. Acesso em: 07 ago. 2011. Tava faltando

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 18, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed., 2006c. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2011.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O Ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília: 2007d.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ensino_pesquisa_farmaceutica_sus_1ed.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda Estratégica 2011 – 2015**. Brasília: 2011h. Disponível em: <[portal/.../agenda_estrategica_svs_2011_2015.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/.../agenda_estrategica_svs_2011_2015.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais**. Brasília: 2011b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50073/boletim_hepatites2011_pdf_64874.pdf>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1280166393691Protocolo_clinico_diretrizes_tera_peuticas_hepatite_B.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e confecções**. Brasília: Ministerio da Saude, 2010a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/hepatites_protocolo.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011. Tava faltando

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília: 2007b. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids .pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 6 ed., 2006b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hepatites_virais_brasil_atento.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.p df>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Material instrucional para capacitação em vigilância das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação**. Brasília: 2011g. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. **Tabulação de Dados**. Brasília: 2011e. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Ariquemes. **Localização**. Rondônia: 2011d. Disponível em: <http://www.ariquemes.ro.gov.br/default.asp?secao=conteudo.asp&t b=pt_ariquemes&tit=Localização&cp=localização>. Acesso em: 27 nov. 2011.

_____. Secretaria Estadual de Proteção Social. Secretaria Executiva de Saúde Pública. **Diário Oficial n. 30914. Nota técnica Relativa às Diretrizes para o Tratamento da Hepatite Viral B Crônica**. 2007a. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:05IAKRabQYAJ:aigabrazil.org/leis/protocolo_PA_hepatite_b.doc+DI%C3%81RIO+OFICIAL+N%C2%BA.+30914+de+27/04/2007&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESi4BssODx46JiZ_DOEqah5WIm-HVoCxDsZGmGsJa agdnDmvwUVZ0ORBKlakDFo9NIV278GdMffJhyHAsfdbMgx1_39ua66ifAGtRiLRwbu vr2qEhV5Aa4c2ULoOx199b5RNyDF5&sig=AHIEtbTPbNMS23LQKneJatswmoBVGA IACg>. Acesso em: 03 nov. 2011.

CASTELO, Adauto; PESSÔA, Mario G.; BARRETO, Tânia C.B.B.; ALVES, Marcia R.D.; ARAÚJO, Denizar Vianna. Estimativas de custo da Hepatite Crônica B no sistema único de saúde Brasileiro em 2005. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, vol. 53, n.6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007_0006_00013> Acesso em: 25 out. 2011.

CONCEIÇÃO, Joseni santos; SANTOS, Daniel Rui Diniz; FERREIRA, Cibele Dantas; PAES, Fernanda Nunes; MELO, Clotildes Nunes; SILVA, Luciana Rodrigues. Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo: vol. 46, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2803200900010001_5&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2011.

CONSENSO, Brasileiro de Atenção Farmacêutica: **proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2011.

CONSELHO, Regional de Farmácia do Estado de Rondônia. **Aprovada obrigatoriedade de farmacêuticos nas unidades do SUS**. Rondônia: CRF-RO, 2010. Disponível em: <<http://www.crf-ro.org.br/noticias/visualizar/html/181>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

CONSELHO, Regional de Farmácia do Estado do Paraná. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Paraná: CRF-PR, 2005. Disponível em: <www.farmacelogaucho.pro.br/SUS_1.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2011.

CONSELHO, Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul. **Guia do farmacêutico no Sistema Único de Saúde**. Rio Grande do Sul: CRF-RS, 2008-2009. Disponível em: < <http://www.cfrs.org.br/cfrs/dados/GUIASUS.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

CRUZ, Camila Rodrigues Bressane; SHIRASSU, Miriam Matsura e MARTINS, Wellington P.. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. **Arquivos de Gastroenterologia**. vol.46, n.3, p. 225-229, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032009000300016>> Acesso em: 11 set. 2011.

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbel. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira Epidemiologia**. Porto Alegre: vol.7, 2004. Disponível em:< http://www.Portaleducacao.com.br/arquivos/artigos/1258627474_hepatites%20virais%2C%20aspectos%20da%20epidemiologia%20e%20da%20preven%27%E3o.pdf>. Acesso em: 30 de mar. 2011.

FERREIRA, Marcelo Simão; BORGES, Aécio Sebastião. Avanços no tratamento da hepatite pelo vírus B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. vol.40, n.4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n4/a16v40n4.pdf>>. Acesso em: 25 out 2011. Tava faltando

FERREIRA, Marcelo Simão. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberlândia: vol. 33 n.4, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n4/2493.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2011.

FONSECA, José Carlos Ferraz da. História das Hepatites Virais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba: vol.43 n.3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-8682201000030002>>. Acesso em:10 set. 2011.

FOPPA, Aline Aparecida; BEVILACQUA, Gabriela; PINTO, Luciano Henrique; BLATT, Carine Raquel. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo: vol. 44, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400020&lang=pt&lng=pt>. Acesso me: 29 nov. 2011.

FÓRUM, Nacional de Atenção Farmacêutica (II, Florianópolis) **Relatório final**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_FAF_FPS_1204.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2011.

GOMES, Selma de Andrade; NIEL, Christian Maurice Gabriel. **Hepatites Virais**. In: SANTOS, Norma Suely de Oliveira; ROMANOS, Maria Teresa Villela; WIGG, Márcia Dutra. **Introdução à virologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2 ed., p. 331- 355, 2008.

HARVEY, Richard A., CHAMPE, Pamela C. e FISHER, Bruce D. **Microbiologia ilustrada**/ tradução Augusto Scharank, Marilene H. Vainstein. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOÃO, Walter da Silva Jorge. Reflexões sobre o Uso Racional de Medicamentos. **Pharmacia Brasileira** n. 78, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/015a016_artigo_dr_walter.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2011.

KHOURI, Marcelo El; SANTOS, Vera Aparecida dos. Hepatitis B: epidemiological, immunological, and serological considerations emphasizing mutation. **Revista do Hospital das Clínicas**. São Paulo: vol.59, n.4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0041-87812004000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 nov. 2011.

LONGHI, Moacir; CORDEIRO, Valdelice; RAMALHAES, Maria Augusta. **Prevalência do marcador sorológico Anti-HBC da hepatite B em doadores de sangue, segundo banco de dados da hemorrede de Rondônia- 2008 a 2009**. Rondônia: 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/prevalencia-do-marcador-sorologico-anti-hbc-da-hepatite-b-em-doadores-de-sangue-segundo-banco-de-dados-da-hemorrede-de-rondonia-2008-a-2009/50521/>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

LOK, Anna S.F.; McMAHON, Brian J. **Chronic Hepatitis B**. Hepatology, vol. 45, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/Bookmarked%20Practice%20Guidelines/Corrections%20to%20Guidelines%20on%20Chronic%20Hep%20B.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2011.

MOREIRA, Teresa; AREIAS, Jorge. Hepatite B Crônica. **Jornal Português de Gastroenterologia**. Lisboa: vol.16, n.5, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782009000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2011.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: vol.15, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO, Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/0080.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO, Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília: OPAS/OMS, 2002. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

PARANÁ, Raymundo; ALMEIDA, Delvone. **História das Hepatites Virais**. Baía: [200-]. Disponível em: <<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/historia.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

PIETROBELLI, Tania Maria Onzi. Crescimento preocupante das hepatites B e C. **Jornal Correio Braziliense**. São Paulo: ed. do dia 24 jan.2011. Disponível em: <http://www.sbinfecto.org.br/default.asp?site_Acao=&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=23931>. Acesso em: 12 ago. 2011.

PROVIN, Mércia Pandolfo; CAMPOS, Andréa de Paula; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira; AMARAL, Rita Goreti. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: vol.19, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300022&lang=pt&tIng=pt>. Acesso em: 30 nov. 2011.

SILVA, Cláudia Maria Dornelles da; NIEL, Christian. Hepatite B In: ROSSETTI, Maria Lucia; SILVA, Cláudia Maria Dornelles da; SAMÁ, Jaqueline Josi. **Doenças infecciosas: diagnóstico molecular**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 112-122.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: vol.12, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=pt>. Acesso em: 20 out. 2011.

WIENS, Astrid; CORRER, Cassyano Januário e PONTAROLO, Roberto. **Chronic Hepatitis B: A Review About Clinical and therapeutic Aspects**. Curitiba: vol. 11, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/Article/viewArticle/21373>> Acesso em: 15 de set. 2011.

ANEXOS

Antecedentes Epidemiológicos

38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing	<input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico
<input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados
<input type="checkbox"/> Drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico	
<input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado	<input type="checkbox"/> Tratamento Dentário	
<input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	
<input type="checkbox"/> Transplante	<input type="checkbox"/> Outras	

39 Data do acidente ou transfusão ou transplante
 | | | | | | | | | |

40 Local/ Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone

41 Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

42 Paciente encaminhado de

1- Banco de sangue
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)
3- Não se aplica

43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

| | | | | | | | | |

44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA

1-Reagente 4-Não realizado HBsAg
2-Não reagente 9-Ignorado Anti HBc (Total)
3-Inconclusivo Anti-HCV

45 Data da Coleta da Sorologia

| | | | | | | | | |

46 Resultados Sorológicos/Virológicos

1 - Reagente/Positivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM
2 - Não Reagente/Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM
3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV
4 - Não Realizado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total)	<input type="checkbox"/> Anti -HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA

47 Genótipo para HCV

1-Genótipo 1 4-Genótipo 4 7-Não se aplica
2-Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado
3-Genótipo 3 6-Genótipo 6

48 Classificação final

1 - Confirmação laboratorial
2 - Confirmação clínico-epidemiológica
3 - Descartado
4 - Cicatriz Sorológica
8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica

1 - Hepatite Aguda
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático
3 - Hepatite Fulminante
4 - Inconclusivo

50 Classificação Etiológica

01- Vírus A	06- Vírus B e C
02- Vírus B	07- Vírus A e B
03- Vírus C	08- Vírus A e C
04- Vírus B e D	09- Não se aplica
05- Vírus E	99- Ignorado

51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01-Sexual	05-Acidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada
02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado
04-Vertical			

52 Data do Encerramento

| | | | | | | | | |

Observações:

Investigador Município/Unidade de Saúde

Nome

Hepatites Virais

Código da Unid. de Saúde

Assinatura

SVS 29/09/2006

Sinan NET

ANEXO II

Laudos para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Estratégicos - LME

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL E ESTRATÉGICOS -LME			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE						4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO Masc. Fem.	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						9 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		13 - UF	14 - CEP
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)							
15 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		16 - NOME DO MEDICAMENTO			17 - CID. PRINCIPAL	18 - CID. SECUNDÁRIO	
19 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		20 - NOME DO MEDICAMENTO			21 - CID. PRINCIPAL	22 - CID. SECUNDÁRIO	
23 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		24 - NOME DO MEDICAMENTO			25 - CID. PRINCIPAL	26 - CID. SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		28 - NOME DO MEDICAMENTO			29 - CID. PRINCIPAL	30 - CID. SECUNDÁRIO	
31 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		32 - NOME DO MEDICAMENTO			33 - CID. PRINCIPAL	34 - CID. SECUNDÁRIO	
DADOS COMPLEMENTARES							
35 - Dados do Paciente				36 - Quantidade			
Peso (Kg) <input type="text"/>		Hemofilia		Medic	1º mês	2º mês	3º mês
Altura (m) <input type="text"/>		Leve		A			
Transplantado <input type="checkbox"/>		Moderada		B			
Gestante <input type="checkbox"/>		Grave		C			
		< 5 UB		D			
		> ou = 5 UB		E			
JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)							
38 - OBSERVAÇÕES							
39 - Provas Diagnósticas (Anexar cópia dos exames)							
				Inclusão		Monitoramento	
SOLICITAÇÃO							
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				41 - DATA DA SOLICITAÇÃO		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - DOCUMENTO () CNS CPF		43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
AUTORIZAÇÃO							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				52 - PERÍODO DE VALIDADE	
						a / /	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
53 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						51 - CNES	