Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e Coinfecções - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Esse PCDT creio que atualiza de forma importante o diagnóstico e tratamento da Hepatite B, em conformidade com o atual arsenal mundial de medicamentos e tecnologias,.	Creio que ainda os serviços de saúde na Atenção Primária ainda apresentam deficiência na interpretação dos marcadores para a Hepatite B. A confecção de um informativo com a interpretação, preferencialmente nos formatos de cartazes para afixação interna nas salas e/ou ambulatórios de atendimento, bem como um tipo de caderneta de bolso (portátil) seria de grande valia. Pode parecer uma medida bem simples, sem impacto financeiro importante, porém é super necessária como ferramenta de interpretação, principalmente no âmbito da APS.
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Ressaltar no documento de forma mais detalhada para não gerar dúvida para os profissionais , , 1) a decisão de profilaxia com vacinação e imunoglobulina para exposição no caso de hepatite B não deve esperar coleta de anti-HBs. , 2) a redução ou o declínio dos títulos de anti-HBs ao longo do tempo pode ocorrer sem que isso necessariamente represente perda da resposta imune protetora contra o vírus da hepatite B. Portanto, um resultado de anti-HBs <10 UI/L obtido fora do período recomendado para avaliação da resposta vacinal não deve, isoladamente, ser interpretado como ausência de proteção., 3) a presença isolada de anti-HBs ?10 UI/L, sem comprovação de que a pessoa tenha recebido o esquema vacinal completo, não é suficiente para classificá-la como imune para fins de definição da profilaxia pós-exposição.	Execelente proposta de atualização.
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nada	Não
03/10/2026	Profissional de saúde	Boa	É imprescindível falarmos em prevenção e divulgarmos a vacinação. Uma doença imunoprevenivel que dispõe de vacinação tão antiga e pouco divulgada. Explicar a disponibilidade da vacinação nas UBS.,	Destacar o caráter oncogenico do vírus.
03/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Gostaria de solicitar a inclusão e a ampliação do acesso a exames de diagnóstico precoce, monitoramento contínuo da carga viral e tratamentos antivirais de última geração para a Hepatite B e suas coinfecções no SUS. É fundamental garantir diretrizes atualizadas que contemplem as melhores opções terapêuticas para prevenir complicações graves, como cirrose e câncer do fígado.	A atualização deste protocolo é de extrema importância. Acompanhar e tratar precocemente a Hepatite B e as suas coinfecções evita o agravamento da doença e proporciona mais qualidade de vida aos pacientes. Garantir medicação moderna, acompanhamento multidisciplinar e diagnóstico ágil na rede pública é um passo essencial para a saúde pública.
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Como médica Gastro e Hepatologista, concordo e ratifico a importância de ampliar a indicação de tratamento dos pacientes portadores de Hepatite B.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Em relação a resposta sorológica e mais especificamente em relação a Cura Funcional, que é a indetecção sustentada de HBsAg e é o desfecho ideal do tratamento. Atualmente temos no mercado inúmeros ensaios, com diferentes metodologia, sendo que cada uma delas possuem uma SENSIBILIDADE ANALÍTICA DIFERENTE. Já existem trabalhos mostrando que pessoas que foram tratadas e negativas (não reagentes) com ensaios de HBsAg com sensibilidade analítica de 0,050UI/ml tem uma maior probabilidade de sororeverter após uma imunossupressão. Uma boa parte destas amostras, quando testadas com ensaios que possuem alta sensibilidade analítica (em torno de 0,005UI/ml), conseguiram ainda detectar reatividade, mostrando que existia ainda presente o HBsAg. Minha sugestão é que o critério de cura funcional seja utilizado ensaios de HBsAg com uma sensbilidade analítica aumentada.	Em relação a Hepatite B oculta, onde temos o HBsAg não reagente, com a presença ou não do HBV DNA no soro e a presença ou não do anti-HBC no soro, também já existem trabalhos mostrando que ensaios que possuem alta sensibilidade analítica (em torno de 0,005UI/ml) tem uma maior probabilidade de detectar infecção oculta.
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não.	Gostaria de dizer que a proposta é muito boa para que o SUS tenha uma linha de cuidado mais moderna que inclua, diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento adequado e individualizado dos pacientes., As campanhas de imunização do SUS tbm são de suma importância.
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao.	Está bem explicado
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não.	Não.
07/10/2026	Interessado no tema	Boa	Não	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Perfeito!	Não.
07/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Todas as pessoas que tiveram infecção por hepatite B que atingiram a cura funcional , forma aguda antes dos 6 meses. Devem ter o cuidados pelo resto da vida, devido a pequenos fragmentos do código genético (cccDNA) no caso de uso medicamentos de imunossupressores , devem prescrever medicamento para prevenção da reativação do vírus. Devem realizar acompanhamento com médico infectologista anualmente.	No momento não.
07/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
07/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
07/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não, pois não sou expert no assunto	Qualquer iniciativa do MS e SUS, para beneficiar a saúde da população é válida e estão de parabéns.
07/10/2026	Paciente	Boa	Não. A proposta tem como objetivo melhorar a forma de diagnóstico e protocolo de atendimento.	Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
07/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	NÃO.	NÃO.
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
08/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Sobre Ataxia de Friederich: Começou a doença as 6 anos de idade, com falta de equilíbrio, com Cardiopatia Hipertrófica, Escoliose e com progressão muito rápido. Hj meu filho está com 35 anos, cadeirante totalmente dependente da mãe. Perdeu a visão, movimentos das mãos, pernas muito dificuldade de se alimentar,se afoga com líquido e tem dores musculares. Estado emocional abalado, tanto meu filho como eu mãe. Essa doença me impediu de viver. Estou viva, mais não tenho vida. Muito sofrimento pra ambos.
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Muito importante que esse documento seja atualizado e que os pacientes de hepatite B tenham acesso a mais tratamentos	Não
10/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sim	Trata-se de documento bem elaborado e será uma honra contribuir para aprimora-lo visando o maior benefício e inclusão de tratamento de pacientes com hepatite B no Brasil. Grata pela oportunidade.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
11/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	"Sugiro alterações nas seções 7 (tratamento farmacológico), especialmente no Quadro 7 e no parágrafo referente às interações medicamentosas do tenofovir alafenamida (TAF), e 20 (Coinfecção HBV-HIV)., , 1. Inclusão de darunavir/ritonavir entre as interações medicamentosas que limitam o uso do TAF 25 mg., , - O TAF apresenta interação farmacocinética relevante com inibidores de protease potencializados por ritonavir, incluindo darunavir/ritonavir. Essa associação aumenta a exposição sistêmica ao tenofovir, razão pela qual o uso concomitante de TAF 25 mg não é recomendado na bula brasileira do medicamento. Embora existam dados farmacocinéticos com TAF 10 mg, essa apresentação não está disponível isoladamente no Brasil., , - Sugiro que o protocolo reconheça expressamente essa interação e a impossibilidade de utilizar a apresentação de 25 mg em determinados esquemas antirretrovirais., , 2. Ampliação dos critérios para utilização excepcional de entecavir em pacientes coinfectados HIV/HBV., , Sugiro acrescentar ao Quadro 7 e à seção 20 a seguinte recomendação:, , ""Em pacientes coinfectados HIV/HBV com contraindicação ou intolerância ao TDF e impossibilidade de utilização do TAF por interações medicamentosas clinicamente relevantes, incluindo esquemas antirretrovirais contendo darunavir/ritonavir, poderá ser considerado, excepcionalmente, o tratamento com entecavir., , Essa alternativa deverá ser avaliada individualmente, especialmente em pacientes com histórico de multirresistência do HIV e necessidade de manutenção de esquema antirretroviral específico para preservação da supressão virológica., , Nos pacientes previamente expostos à lamivudina, mas sem resistência conhecida ou suspeita do HBV a esse medicamento, poderá ser considerada a dose de entecavir de 1 mg/dia (dois comprimidos de 0,5 mg), com ajuste posológico conforme a função renal."", , Essa inclusão permitiria individualizar o tratamento de pacientes com opções antirretrovirais limitadas, sem comprometer o controle do HIV e mantendo uma alternativa terapêutica para a hepatite B."	Na prática assistencial de um ambulatório especializado em hepatites virais, eventualmente acompanhamos pacientes coinfectados HIV/HBV com histórico de múltiplas falhas terapêuticas e resistência a diferentes classes de antirretrovirais., , Alguns desses pacientes alcançam supressão virológica sustentada do HIV somente após a introdução de esquemas específicos, como aqueles contendo darunavir potencializado por ritonavir. Entretanto, quando desenvolvem comprometimento da função renal, surge uma dificuldade importante na escolha do tratamento para hepatite B., , Nessas situações, o TDF pode tornar-se inadequado pela nefrotoxicidade, enquanto o TAF, recomendado pelo PCDT como alternativa preferencial para pacientes previamente expostos à lamivudina, apresenta interação medicamentosa relevante com darunavir/ritonavir., , O estudo farmacocinético de Begley et al. (2018) demonstrou aumento da exposição sistêmica ao tenofovir com essa associação, utilizando TAF na dose de 10 mg. Contudo, a apresentação isolada de TAF disponível no Brasil é de 25 mg, cuja coadministração com darunavir/ritonavir não é recomendada na bula brasileira., , Assim, esses pacientes podem ficar diante de um impasse terapêutico: não podem utilizar TDF pela disfunção renal, não dispõem de uma apresentação adequada de TAF e, frequentemente, não podem modificar o esquema antirretroviral sem colocar em risco o controle do HIV multirresistente., , Entendo que o PCDT deveria contemplar explicitamente essa situação, permitindo o uso excepcional de entecavir, preferencialmente na dose de 1 mg/dia nos pacientes com exposição prévia à lamivudina, desde que não exista resistência conhecida ou suspeita do HBV a esse medicamento., , É fundamental distinguir exposição prévia à lamivudina de resistência documentada do HBV, pois essas condições não são equivalentes, embora a exposição anterior aumente o risco de resistência e exija cautela., , A proposta não pretende substituir o TAF como opção preferencial para pacientes coinfectados, mas oferecer uma alternativa fundamentada e criteriosamente monitorada para situações em que sua utilização é inviável., , A possibilidade de preservar um esquema antirretroviral eficaz, especialmente em pacientes com HIV multirresistente, deve ser considerada na escolha do tratamento da hepatite B., , Referências:, , 1. Begley R, Das M, Zhong L, Ling J, Kearney BP, Custodio JM. Pharmacokinetics of Tenofovir Alafenamide When Coadministered With Other HIV Antiretrovirals. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018, 78(4):465-472. doi:10.1097/QAI.0000000000001699., , 2. Gibson AK, Shah BM, Nambiar PH, Schafer JJ. Tenofovir Alafenamide. Ann

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
				Pharmacother. 2016, 50(11):942-952. doi:10.1177/1060028016660812., , 3. Gilead Sciences. Vemlidy (hemifumarato de tenofovir alafenamida): bula brasileira para profissionais de saúde. Seção de interações medicamentosas.
12/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Ampliação e simplificação das indicações de tratamento para hepatite B facilitam o tratamento e garantem a erradicação do vírus
14/10/2026	Profissional de saúde	Boa	O texto nas páginas 36 e 77 afirma que o entecavir deve ser usado na dose de 0,5 mg par pacientes sem cirrose ou com cirrose compensada e na dose de 1mg pra cirrose descompensada , Estudos iniciais realmente indicavam o uso de entecavir na dose de 1 mg para cirrose descompensada porque incluíram pacientes com resistência a lamivudina . A pratica clinica e estudos (em anexo) b demonstram que 0,5 mg é igualmente eficaz em suprimir a replicação viral em cirróticos descompensados naive (sem uso prévio de lamivudina) . A dosagem de entecavir de 0,5 mg para cirróticos descompensados está recomendada no Guideline da EASL 2026. (em anexo)	A pratica clinica e estudos demonstram que 0,5 mg é igualmente eficaz em suprimir a replicação viral em cirróticos descompensados naive (sem uso prévio de lamivudina) .

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
14/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS NO ITEM 12	Reconheço a importância dos protocolos clínicos para orientar a assistência com base nas melhores evidências científicas disponíveis, contribuindo para uma tomada de decisão terapêutica mais segura, qualificada e eficaz. Entretanto, acredito que o acesso aos protocolos da CONITEC por profissionais da assistência, gestores da saúde e pela própria sociedade civil ainda representa um gargalo importante, que precisa ser enfrentado., , Os protocolos clínicos têm como foco principal orientar o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento com base nas evidências científicas. Nesse sentido, considero que as estratégias de gestão do trabalho e de acesso podem ser incorporadas como orientações complementares ou articuladas a outros instrumentos de organização da atenção, de modo a favorecer a implementação das recomendações na realidade dos serviços de saúde., , Além disso, considero fundamental que esses instrumentos contemplem estratégias de gestão e organização dos processos de trabalho que contribuam para a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde. Isso inclui, por exemplo, a revisão de agendas rígidas e pouco flexíveis, que podem dificultar o acesso dos usuários e comprometer a continuidade do cuidado., , Por fim, defendo que os protocolos também possam ser utilizados como disparadores de Educação Permanente em Saúde (EPS), favorecendo a reflexão crítica sobre as práticas profissionais, a qualificação das equipes e a construção coletiva de soluções para os desafios cotidianos dos serviços de saúde., , Dessa forma, os protocolos clínicos, articulados a estratégias de implementação, organização do processo de trabalho e fortalecimento da EPS, podem contribuir não apenas para a qualificação das decisões clínicas, mas também para a melhoria da gestão do cuidado e para a ampliação do acesso a uma assistência integral, equânime,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
14/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	"Sim. Sugere-se que o PCDT apresente orientações específicas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento entre povos indígenas que vivem em territórios remotos, como a Terra Indígena Vale do Javari, incluindo uma abordagem diferenciada para povos de recente contato e povos isolados., , Segundo “A grave epidemia de hepatite B e D no Vale do Javari”, publicado em 2006 por Hilton S. Nascimento, do Centro de Trabalho Indigenista (CTI), e Deyce Cuevas Paredes, entre junho de 2001 e janeiro de 2004 ocorreram 22 mortes no Vale do Javari, algumas com hepatite B confirmada e outras com sintomas semelhantes, mas sem confirmação laboratorial (Nascimento, Paredes, 2006, p. 2). Somente em 2003, foram registradas 17 mortes entre indígenas Marubo, Matsés/Mayoruna, Kulina e Matis, em comunidades dos rios Ituí, Curuçá e Javari (Nascimento, Paredes, 2006, p. 2). Muitos casos não foram confirmados porque as pessoas morriam nas aldeias antes de chegar aos serviços de saúde (Nascimento, Paredes, 2006, p. 1-2)., , A publicação também informa que, em 2004, uma expedição da Funai e do Instituto Dunas e Ventos realizou 413 exames entre indígenas do rio Ituí (Nascimento, Paredes, 2006, p. 2). Apenas 14% apresentavam imunidade adquirida pela vacinação, 23% pelo contato com o vírus, 55% permaneciam sem proteção e 8% tinham infecção crônica. A Funasa contestou esses resultados (Nascimento, Paredes, 2006, p. 3). Dados oficiais da antiga Fundação Nacional de Saúde apontavam 78 indígenas com hepatite B, embora a testagem tivesse alcançado menos de um terço da população estimada. Entre os casos registrados, 34% eram de pessoas com menos de 20 anos (Nascimento, Paredes, 2006, p. 3)., , Também foram identificadas falhas na continuidade da vacinação. Até 2002, somente 3% das crianças menores de um ano teriam recebido as três doses necessárias. Entre 44 pacientes avaliados em 2005, o intervalo médio entre a primeira e a segunda dose foi de 12 meses e, entre a segunda e a terceira, de 22 meses, havendo casos em que a conclusão do esquema levou vários anos (Nascimento, Paredes, 2006, p. 3-4). Esses dados são históricos e não representam a situação atual, mas demonstram a presença da doença e as dificuldades de vacinação e acompanhamento no território., , Diante desse histórico, o PCDT deve prever, para povos indígenas contatados:, , • busca ativa e testagem periódica nas aldeias, , • calendário territorial de vacinação, com controle das doses e busca das pessoas com esquema incompleto, , • manutenção da cadeia de frio e estoque de testes, vacinas e medicamentos, , • testagem das gestantes e prevenção da transmissão para o recém-nascido, , • investigação dos contatos das pessoas diagnosticadas, , • coleta e transporte de amostras para confirmação e realização das cargas virais, , • testagem para hepatite D das pessoas com HBsAg reagente na Região Amazônica, , • fluxos alternativos quando HBV-DNA ou HDV-RNA não estiverem disponíveis, , • monitoramento da função hepática e atenção à hepatotoxicidade em pessoas com coinfecção por malária ou tuberculose, considerando a sobreposição desses agravos no território (Nascimento, 2008, p. 5-6, CTI, 2010, p. 35), , • avaliação, sempre que clinicamente possível, do tratamento e do monitoramento próximos do território,	"A UNIVAJA destaca que não existem dados públicos atuais e detalhados sobre as hepatites B e D na Terra Indígena Vale do Javari. A falta de números recentes não significa ausência ou controle da doença. O próprio “Relatório preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e Coinfecções”, submetido à Consulta Pública nº 98/2026, reconhece a subnotificação como um dos principais problemas da vigilância das hepatites virais no Brasil (Brasil, 2026, p. 9)., , O “Informe sobre a Saúde na Terra Indígena Vale do Javari”, publicado pelo CTI em dezembro de 2010, registrou ao menos 325 óbitos no território entre 2000 e 2010, equivalentes a aproximadamente 8% da população estimada (cerca de 4 mil pessoas) naquele período (CTI, 2010, p. 5-6). Desse total, 291 registros foram obtidos junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena Vale do Javari e 34 por levantamentos do CTI e da Associação Kanamari do Vale do Javari. Ainda assim, o número era considerado incompleto, pois havia mortes, inclusive relacionadas à hepatite B, que não constavam no banco oficial (CTI, 2010, p. 6)., , O mesmo informe, ao citar relatório do Ministério Público Federal de 2008, reproduz dados de 2.676 amostras sorológicas coletadas pela Funasa no DSEI Vale do Javari entre dezembro de 2006 e junho de 2008: 234 pessoas com HBsAg reagente, 202 reativas ao anti-HDV e 147 reativas ao anti-HCV (Coutinho Jr., 2008, apud CTI, 2010, p. 13). Os dados indicam, ainda, que apenas 25,34% das amostras apresentavam imunidade adquirida por vacinação e que 31,5% da população testada permanecia suscetível ao vírus da hepatite B (Coutinho Jr., 2008, apud CTI, 2010, p. 14). Esses números reforçam a necessidade de testagem para hepatite D e de atenção à hepatite C no território., , A publicação também apontou divergências nos dados populacionais utilizados pelos órgãos públicos, com duplicidades, identificação incorreta de povos e aldeias e ausência de registros, comprometendo o planejamento das ações de saúde (CTI, 2010, p. 5)., , Já “Os povos isolados da Terra Indígena Vale do Javari e a epidemia de hepatite B e D e malária”, publicado por Hilton S. Nascimento em 2008, relata que muitos óbitos suspeitos de hepatite B ou de síndrome febril íctero-hemorrágica aguda não recebiam confirmação laboratorial porque ocorriam nas aldeias antes do acesso ao atendimento (Nascimento, 2008, p. 2). O texto também relata que os resultados dos exames coletados não eram divulgados às comunidades, o que contribuiu para a desconfiança e a recusa da vacina em algumas aldeias (Nascimento, 2008, p. 5), e alerta para a vulnerabilidade dos povos isolados que vivem próximos de comunidades historicamente atingidas pelas hepatites, sem informações

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			evitando longos afastamentos das famílias e assegurando acompanhamento intercultural e de saúde mental (Nascimento, Paredes, 2006, p. 4, CTI, 2010, p. 15-16), , •Investigação e notificação dos óbitos suspeitos, com retorno da causa do óbito às famílias e às organizações indígenas (Nascimento, 2008, p. 2, CTI, 2010, p. 16), , •Presença regular das equipes nas aldeias, , •Materiais informativos nas línguas indígenas, com participação das organizações e lideranças, , •Devolutiva dos resultados de exames às comunidades e organizações, com consentimento informado em linguagem acessível (Nascimento, 2008, p. 5)., , Povos indígenas de recente contato e povos isolados: , , Sugere-se que o PCDT preveja orientações específicas para esses povos, cuja vulnerabilidade a doenças infecciosas é distinta e exige estratégias diferenciadas., , No Vale do Javari, esses grupos vivem no entorno de comunidades historicamente atingidas pelas hepatites. Segundo "Os povos isolados da Terra Indígena Vale do Javari e a epidemia de hepatite B e D e malária" (Nascimento, 2008), a Terra Indígena concentra cerca de um terço dos registros de povos isolados do Brasil (p. 1), e não se sabe se a epidemia de hepatites B e D chegou a eles (p. 4). O mesmo texto relata que, em 2007, grupos Korubo tentaram contato com os Marubo e os Matis e trocaram objetos, inclusive roupas usadas, com os Kanamary (p. 6). O "Informe sobre a Saúde na Terra Indígena Vale do Javari" (CTI, 2010), ao citar relatório do Ministério Público Federal de 2008 sobre sorologias realizadas pela Funasa, registra que, entre os Korubo, de contato recente, mais da metade das pessoas testadas não apresentou soroconversão após a vacinação (Coutinho Jr., 2008, apud CTI, 2010, p. 14). Esse dado indica que, nesses povos, o registro das doses não basta e a resposta vacinal precisa ser verificada., , Recomenda-se, portanto, que o PCDT:, , •Distinga as estratégias para povos contatados, de recente contato e isolados, , •Para povos isolados, respeite o princípio do não contato e a autodeterminação, sem busca ativa, coleta de amostras ou qualquer abordagem direta, e adote proteção indireta: vacinação e testagem completos das comunidades vizinhas, vacinação e controle sanitário das equipes de saúde e de proteção territorial que atuam na região, e plano de contingência para situações de contato involuntário ou emergencial, articulado com a Funai, , •Para povos de recente contato, preveja testagem de HBsAg, anti-HBs e anti-HDV, verificação sorológica da resposta vacinal com conduta definida para quem não soroconverter, atenção prioritária a gestantes e recém-nascidos, e vigilância e investigação de óbitos suspeitos, , •Assegure atenção culturalmente adequada, com equipe intercultural, intérpretes e cuidado em saúde mental, considerando o histórico de perdas associado ao contato, , •Garanta a participação das organizações indígenas e a devolutiva dos resultados às comunidades., , Referências (em anexo), •CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI). Informe sobre a Saúde na Terra Indígena Vale do Javari ("Nos últimos 11 anos já morreram 325 pessoas na Terra Indígena Vale do Javari, 8% da sua população total, mas ninguém consegue fazer nada"). dez. 2010., •COUTINHO JR., Walter. Relatório do analista pericial em antropologia. Ministério Público Federal, 7 out. 2008. Citado em: CTI,	suficientes sobre sua situação epidemiológica (Nascimento, 2008, p. 4 e 6)., , Embora históricos, esses registros demonstram problemas persistentes de subnotificação, testagem, vacinação e continuidade do cuidado. Por isso, recomenda-se a produção periódica de dados sobre hepatites B e D nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, discriminados por território e povo, com proteção dos dados pessoais e coletivos., , Também devem ser assegurados o acompanhamento das pessoas diagnosticadas, o controle dos esquemas vacinais incompletos, a atenção às gestantes e aos recém-nascidos, a investigação de óbitos suspeitos e a participação das organizações indígenas no planejamento e na avaliação das medidas, inclusive por meio de consulta culturalmente adequada às organizações indígenas e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena sobre o próprio PCDT., , Referências (em anexo), •BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e Coinfecções. Consulta Pública nº 98/2026. 2026., •CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI). Informe sobre a Saúde na Terra Indígena Vale do Javari ("Nos últimos 11 anos já morreram 325 pessoas na Terra Indígena Vale do Javari, 8% da sua população total, mas ninguém consegue fazer nada"). dez. 2010., •COUTINHO JR., Walter. Relatório do analista pericial em antropologia. Ministério Público Federal, 7 out. 2008. Citado em: CTI, 2010, p. 12-14., •NASCIMENTO, Hilton S. Os povos isolados da Terra Indígena Vale do Javari e a epidemia de hepatite B e D e malária. Centro de Trabalho Indigenista (CTI), fev. 2008., •NASCIMENTO, Hilton S., PAREDES, Deyce Cuevas. A grave epidemia de hepatite B e D no Vale do Javari. Centro de Trabalho Indigenista (CTI), 2006."

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			2010, p. 12-14., •NASCIMENTO, Hilton S. Os povos isolados da Terra Indígena Vale do Javari e a epidemia de hepatite B e D e malária. Centro de Trabalho Indigenista (CTI), fev. 2008., •NASCIMENTO, Hilton S., PAREDES, Deyce Cuevas. A grave epidemia de hepatite B e D no Vale do Javari. Centro de Trabalho Indigenista (CTI), 2006."	
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não tenho sugestões de alterações ou inclusões ao texto neste momento.	Considero a proposta de atualização do PCDT da Hepatite B e Coinfecções bastante relevante, especialmente pela ampliação das estratégias de rastreamento, pela revisão dos critérios de início do tratamento antiviral e pela valorização do diagnóstico precoce. Sob a perspectiva biomédica, destaco a importância do diagnóstico laboratorial na identificação precoce da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), sobretudo porque a infecção crônica pode permanecer assintomática por longos períodos, favorecendo o diagnóstico tardio e a evolução para complicações hepáticas graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular. Nesse contexto, a ampliação da testagem representa uma medida crucial para identificar indivíduos que desconhecem sua condição sorológica, possibilitando avaliação clínica oportuna, acompanhamento adequado e, quando indicado, início do tratamento antiviral. Ressalto, ainda, a importância dos exames laboratoriais na avaliação e no acompanhamento da infecção, especialmente dos marcadores sorológicos, da quantificação do HBV-DNA e das enzimas hepáticas, como ALT/TGP. Esses parâmetros, quando interpretados de maneira integrada ao contexto clínico, são fundamentais para a caracterização da infecção, a avaliação da atividade da doença e o monitoramento da resposta terapêutica. Dessa forma, considero que a atualização do protocolo representa um avanço importante para o fortalecimento do diagnóstico precoce, da assistência integral e da prevenção de complicações relacionadas à hepatite B no âmbito do SUS.
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Considerando a quantidade de considerações, envio em anexo documento único contendo as sugestões, .	Muito bom o documento, importante para a saúde pública do pa´´ís O trabalho de vocês é admirável, parabéns
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
15/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	não	não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
15/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Sugerimos fortemente incluir a quantificação do HBsAg (qHBsAg) como exame complementar para estratificar o risco de progressão e de CHC - Cancer Hepato Celular - em pacientes com hepatite B crônica, HBeAg não reagente e HBV-DNA < 2.000 UI/mL, sem indicação de tratamento. O exame complementaria o HBV-DNA, a ALT e a avaliação de fibrose, sem substituí-los. Como consta nas diretrizes conjuntas da SBH e da SBI (Braz J Infect Dis. 2020, 24(5):434-451) onde é proposto usar o HBsAg quantitativo para ajustar a frequencia do seguimento em pacientes HBeAg negativos com HBV-DNA < 2.000 UI/mL:, - com qHBsAg < 1.000 UI/mL, ALT e HBV-DNA anuais e avaliação de fibrose a cada três anos, , - com qHBsAg ? 1.000 UI/mL, ALT e HBV-DNA semestrais e avaliação de fibrose a cada dois anos., A adoção desse exame tornará o protocolo de diagnóstico e tratamento mais eficaz, com possibilidade de otimização de filas da elastografia e consequente redução de custos.	A adoção desse novo protocolo equipara o Brasil a país que utilizam outras diretrizes primárias internacionais - EASL 2025 e SBH/SBI 2020
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro a inclusão do teste de quantificação do HBsAg (qHBsAg) como exame complementar para estratificar o risco de progressão e de CHC - Cancer Hepato Celular - em pacientes com hepatite B crônica, HBeAg não reagente e HBV-DNA < 2.000 UI/mL, sem indicação de tratamento. O exame complementaria o HBV-DNA, a ALT e a avaliação de fibrose, sem substituí-los. Como consta nas diretrizes conjuntas da SBH e da SBI (Braz J Infect Dis. 2020, 24(5):434-451) onde é proposto usar o HBsAg quantitativo para ajustar a frequencia do seguimento em pacientes HBeAg negativos com HBV-DNA < 2.000 UI/mL:, - com qHBsAg < 1.000 UI/mL, ALT e HBV-DNA anuais e avaliação de fibrose a cada três anos, , - com qHBsAg ? 1.000 UI/mL, ALT e HBV-DNA semestrais e avaliação de fibrose a cada dois anos., A adoção desse exame, que já está disponível para venda no país de acordo com os requerimentos regulatórios, tornará o protocolo de diagnóstico e tratamento mais eficaz, com possibilidade de otimização de filas da elastografia e consequente redução de custos.	A adoção desse novo protocolo equipara o Brasil a países que utilizam outras diretrizes primárias internacionais - EASL 2025 e SBH/SBI 2020

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Instituto Colabore com o Futuro manifesta seu posicionamento favorável à atualização do PCDT da Hepatite B e Coinfecções, reconhecendo os avanços propostos para ampliar o diagnóstico precoce, o acesso oportuno ao tratamento e a qualidade da assistência no SUS. Consideramos fundamentais a ampliação do rastreamento, a revisão dos critérios para início do tratamento e o fortalecimento da prevenção da transmissão vertical .Diante da estimativa de 1,1 milhão de pessoas vivendo com hepatite B crônica no Brasil, muitas ainda sem diagnóstico, é essencial garantir que as novas diretrizes sejam efetivamente implementadas, com acesso equitativo à testagem, ao tratamento e ao acompanhamento contínuo. Estima-se que aproximadamente 1,1 milhão de pessoas vivam com hepatite B crônica no Brasil, sendo que uma parcela significativa desconhece sua condição. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer as políticas públicas de rastreamento, diagnóstico, vinculação ao cuidado e acompanhamento contínuo. Nesse contexto, destacamos como avanços relevantes da proposta: 1. Ampliação do rastreamento e diagnóstico precoce: a recomendação de testagem ao menos uma vez na vida para pessoas adultas suscetíveis ao vírus representa uma medida importante para identificar casos não diagnosticados, possibilitar intervenções oportunas e reduzir complicações associadas à evolução da doença. 2. Atualização dos critérios de início do tratamento: a revisão dos critérios terapêuticos para adultos e crianças representa uma oportunidade de ampliar o acesso ao cuidado adequado, considerando as evidências científicas disponíveis e as necessidades individuais dos pacientes. 3. Fortalecimento da prevenção da transmissão vertical: as atualizações relacionadas ao acompanhamento de gestantes e à prevenção da transmissão da hepatite B da mãe para o bebê são fundamentais para proteger a saúde materno-infantil e contribuir para a redução de novas infecções. Ressaltamos, entretanto, que a atualização do protocolo deve estar acompanhada de medidas concretas que garantam sua implementação em todo o território nacional, incluindo a capacitação dos profissionais de saúde, a ampliação da oferta de testes, a disponibilidade dos tratamentos recomendados e a organização dos fluxos assistenciais. Reforçamos que a atualização do protocolo representa um avanço na garantia do direito à saúde e no enfrentamento das hepatites virais, contribuindo para as metas de eliminação da doença como problema de saúde pública até 2030.	Não
16/10/2026	Empresa	Muito boa	Alterações sugeridas em documento anexo.	Alterações sugeridas em documento anexo.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Apoiamos a decisão do uso de métodos não invasivos e flexibilização de indicação de tratamento como consta na nova proposta, nos moldes das novas diretrizes da OMS e ALEH, da qual somos co-autores., , Hugo Cheinquer e Mário Pessoa, , Ref: , 1. ALEH position statement on the management of hepatitis B virus infection 2025. Ann Hepatol, . 2026 Jan 30, 31(2):102192. doi: 10.1016/j.aohep.2026.102192., 2. . Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people, with chronic hepatitis B infection. Geneva: World Health Organization, 2024	1) Conferir maior importância a cura funcional, definida como perda sustentada do HBsAg, acompanhada do HBV-DNA indetectável seis meses após o término do tratamento, com ou sem anti-HBs. O guideline da EASL (1) diz especificamente que a perda do HBsAg é o objetivo último do tratamento e está associado com redução expressiva do cccDNA e menor ocorrência de carcinoma hepatocelular. , 2) Incorporar, assim que possível, o HBsAg quantitativo na avaliação de indivíduos com infecção crônica pelo VHB. Na avaliação inicial, a quantificação do HBsAg pode ser útil para caracterizar a fase da infecção, definir prognóstico e apoiar decisões terapêuticas. Em especial, em pacientes HBeAg negativos com baixa viremia, a combinação de HBV-DNA <2.000 UI/mL com qHBsAg <1.000 UI/mL aumenta a acurácia para identificar o perfil de infecção crônica HBeAg negativa de baixo risco, enquanto valores de qHBsAg mais elevados, mesmo com HBV-DNA baixo, podem indicar maior risco de carcinoma hepatocelular CHC. (1,2), 3) Do mesmo modo que recomenda o guideline da EASL (1), assim que a quantificação do HBSAg estiver disponível no SUS, seria útil fazer sua determinação anual, pois pacientes com nível sérico de HBsAg elevado (acima de 1000 UI/mL) poderiam ser candidatos a tratamento independente de outras variáveis. No Brasil, a recomendação conjunta SBH/SBI (2) considera o qHBsAg um exame não rotineiro, porém útil em situações selecionadas, e propõe sua aplicação para modular o seguimento de pacientes HBeAg negativos com HBV-DNA <2.000 UI/mL. Quando o qHBsAg é <1.000 UI/mL, pode-se realizar ALT e HBV-DNA anualmente e avaliação de fibrose a cada três anos, quando é ?1.000 UI/mL, recomenda-se ALT e HBV-DNA semestralmente e avaliação de fibrose a cada dois anos. Assim, a SBH/SBI oferece a orientação brasileira mais operacional para integrar o qHBsAg à intensidade do acompanhamento, embora o exame permaneça complementar e sua interpretação deva ser individualizada., Referências, 1. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2025, 83:502-583. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018., 2. Brazilian Society of Hepatology and Brazilian Society of Infectious Diseases Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Hepatitis B. Braz J Infect dis 2020, 2 4(5):434–451. https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.07.012,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Apoiamos a decisão do uso de métodos não invasivos e flexibilização de indicação de tratamento como consta na nova proposta, nos moldes das novas diretrizes da OMS e ALEH, da qual somos co-autores., , Hugo Cheinquer e Mário Pessoa, , Ref:, 1. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people, with chronic hepatitis B infection. Geneva: World Health Organization, 2024, 2. Pessoa MG, Hernandez N, Narro GC, Mattos AA, Silva M, Soza A, Dagher L, Padilla-Machaca M, Garavito-Rentería J, Blanco JH, Cheinquer H, Gadano A, Ridruejo E, Latin American Association for the Study of the Liver (ALEH). ALEH position statement on the management of hepatitis B virus infection 2025. Ann Hepatol. 2026 Jan 30, 31(2):102192. doi: 10.1016/j.aohep.2026.102192. Epub ahead of print. PMID: 41621642.	1) Conferir maior importância a cura funcional, definida como perda sustentada do HBsAg, acompanhada do HBV-DNA indetectável seis meses após o término do tratamento, com ou sem anti-HBs. O guideline da EASL (1) diz especificamente que a perda do HBsAg é o objetivo último do tratamento e está associado com redução expressiva do cccDNA e menor ocorrência de carcinoma hepatocelular. , 2) Incorporar, assim que possível, o HBsAg quantitativo na avaliação de indivíduos com infecção crônica pelo VHB. Na avaliação inicial, a quantificação do HBsAg pode ser útil para caracterizar a fase da infecção, definir prognóstico e apoiar decisões terapêuticas. Em especial, em pacientes HBeAg negativos com baixa viremia, a combinação de HBV-DNA <2.000 UI/mL com qHBsAg <1.000 UI/mL aumenta a acurácia para identificar o perfil de infecção crônica HBeAg negativa de baixo risco, enquanto valores de qHBsAg mais elevados, mesmo com HBV-DNA baixo, podem indicar maior risco de carcinoma hepatocelular CHC. (1,2), 3) Do mesmo modo que recomenda o guideline da EASL (1), assim que a quantificação do HBSAg estiver disponível no SUS, seria útil fazer sua determinação anual, pois pacientes com nível sérico de HBsAg elevado (acima de 1000 UI/mL) poderiam ser candidatos a tratamento independente de outras variáveis. No Brasil, a recomendação conjunta SBH/SBI (2) considera o qHBsAg um exame não rotineiro, porém útil em situações selecionadas, e propõe sua aplicação para modular o seguimento de pacientes HBeAg negativos com HBV-DNA <2.000 UI/mL. Quando o qHBsAg é <1.000 UI/mL, pode-se realizar ALT e HBV-DNA anualmente e avaliação de fibrose a cada três anos, quando é ?1.000 UI/mL, recomenda-se ALT e HBV-DNA semestralmente e avaliação de fibrose a cada dois anos. Assim, a SBH/SBI oferece a orientação brasileira mais operacional para integrar o qHBsAg à intensidade do acompanhamento, embora o exame permaneça complementar e sua interpretação deva ser individualizada., Referências, 1. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2025, 83:502-583. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018., 2. Brazilian Society of Hepatology and Brazilian Society of Infectious Diseases Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Hepatitis B. Braz J Infect dis 2020, 2 4(5):434–451. https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.07.012, , Atenciosamente,, Mário G. Pessoa e Hugo Chenquer
16/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	SERA BENIFICO AO PUBLICO QUE NECESSITA DA MEDICAÇÃO, TRAZENDO MELHOR QUALIDADE DE VIDA	SERA BENIFICO AO PUBLICO QUE NECESSITA DA MEDICAÇÃO, TRAZENDO MELHOR QUALIDADE DE VIDA

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Empresa	Muito boa	Sim. Vide documento anexado.	Sim. Vide documento anexado.
17/10/2026	Profissional de saúde	Boa	1. Anti-HBc isolado em candidatos a imunossupressão: o algoritmo proposto orienta, com anti-HBs não reagente e ALT normal, vacinar ou revacinar. Em candidatos a anti-CD20, transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) ou outra imunossupressão de alto risco, essa conduta é insuficiente, pois a vacinação não previne a reativação de infecção oculta. Sugere-se incluir: pesquisa de HBV-DNA e conduta definida pelo risco da imunossupressão, independentemente de ALT e anti-HBs, com profilaxia antiviral nos esquemas de alto risco (anti-CD20 e TCTH) e monitoramento seriado de HBsAg e HBV-DNA ou profilaxia nos de risco moderado (AGA, Gastroenterology 2025, EASL 2017)., 2. Imunossupressão como critério de tratamento: na seção 9.2 (Quadro 5), a imunossupressão aparece como critério condicionado a HBV-DNA detectável. Pessoas HBsAg reagentes que iniciarão imunossupressão devem receber profilaxia com antiviral de alta barreira genética (entecavir, TDF ou TAF), mesmo com HBV-DNA indetectável, iniciada antes ou junto com a imunossupressão e mantida por ao menos 12 meses após o término nos esquemas com anti-CD20. Caso as seções sobre profilaxia já contemplem esse ponto, sugere-se remeter a elas no Quadro 5 para evitar interpretação restritiva. O mesmo vale para HBsAg reagentes em tratamento de hepatite C com antivirais de ação direta, com profilaxia até 12 semanas após o término., 3. Anti-HDV: sugere-se ampliar a testagem para todas as pessoas HBsAg reagentes, ao menos uma vez, e não apenas para pessoas com vínculo com a Região Amazônica ou com exacerbação sem causa definida, em linha com a EASL (J Hepatol 2023). A migração interna e de países endêmicos reduz a sensibilidade do critério geográfico., 4. Transplante de órgão sólido: sugere-se incluir conduta para receptores HBsAg não reagentes de enxerto de doador anti-HBc reagente: profilaxia antiviral contínua no transplante hepático e, nos demais órgãos, vacinação prévia e monitoramento de HBV-DNA ou profilaxia por tempo definido nos receptores não imunes. A orientação já existente para crianças com enxerto anti-HBc reagente poderia ser estendida a adultos.	"Contribuo como médico infectologista, coordenador do Serviço de Infectologia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), em Salvador (BA), com formação em infectologia de transplante e de pacientes imunossuprimidos., Considero a proposta boa. Destaco como avanços os critérios simplificados de tratamento, alinhados à OMS (2024), o uso do APRI e de critérios sem HBV-DNA para serviços sem acesso a elastografia ou carga viral, a inclusão de diabetes e esteatose como condições de indicação, a ampliação do uso de TAF para cirróticos descompensados, gestantes e lactantes, e o fim da obrigatoriedade de pré-natal de alto risco para gestantes com hepatite B., Pontos de redação que merecem revisão:, 1. Elastografia: a Apresentação informa a exclusão da ""zona cinzenta"", mas a redação da seção 9.2 sobre os pontos de corte (7 kPa e 12,5 kPa) não deixa explícito como conduzir valores intermediários. Sugere-se uniformizar., 2. Idade do rastreamento: a Apresentação cita redefinição da idade, enquanto a seção 6.1 menciona pessoas acima de 18 anos. Sugere-se explicitar a idade de início., 3. Confirmação da ALT: a exigência de duas medidas com intervalo de 6 a 12 meses aparece para adolescentes, sugere-se esclarecer se vale também para adultos., 4. Padronizar a grafia dos marcadores (anti-HBs, anti-HBc, HBsAg) ao longo do texto., Por fim, sugere-se incluir um quadro-síntese de estratificação de risco de reativação por classe de imunossupressor, com a conduta correspondente, para uso por oncologia, hematologia, reumatologia e equipes de transplante, que frequentemente prescrevem a imunossupressão sem acesso imediato ao infectologista ou ao hepatologista."
17/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Nao	Nao
17/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Como representantes da comunidade científica e dos médicos infectologistas do Rio de Janeiro, ressaltamos que a incorporação de evidências científicas robustas e recentes é um passo indispensável para o fortalecimento da nossa rede de saúde pública. Consideramos de suma importância que o novo protocolo contemple ferramentas diagnósticas e de monitoramento mais refinadas — como a inclusão do teste de HBsAg quantitativo (qHBsAg) como exame complementar. Essa tecnologia é crucial para otimizar a estratificação de risco de progressão da doença e do Câncer Hepatocelular (CHC), alinhando o SUS às melhores práticas internacionais e às recomendações conjuntas das sociedades brasileiras de especialidade., Reiteramos nosso compromisso com a melhoria contínua da assistência médica e nos colocamos à disposição para somar esforços técnicos que garantam um manejo terapêutico seguro, equitativo e eficaz a todos os pacientes que vivem com a Hepatite B e suas coinfecções no Brasil.,
17/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	"1- Acho importante mencionar que a dose fixa combinada de TAF/Emtricitabina/Bictegravir é uma escolha terapêutica importante para pacientes em uso de TDF/3TC/DTG que tenham contra-indicação ao tenofovir.., Na seção 20, que trata dos pacientes coinfectados HIV/HBV há o seguinte quadro:, , ATENÇÃO: no Brasil, o uso de TAF, isoladamente, só está indicado para o tratamento, de pacientes com hepatite B. Portanto, seu uso somente é permitido para PVHA quando há, coinfecção com HBV e quando o uso de TDF e entecavir estiver contraindicado., , Nesse mesmo quadro, pode haver a indicação de DFC de TAF/ETC/BIC., , 2- Ainda em relação aos coinfectados HIV/HBV, pacientes em uso de esquemas contendo darunavir/R que tenham contraindicação ao uso de TDF, também têm contraindicação ao uso de TAF 25 mg por conta da interação medicamentosa com DRV. Nesse caso não estão contemplados pelo PCDT com nenhuma sugestão de esquema alternativo. O entecavir tem um bom perfil, considerando a interação medicamentosa, mas em pacientes com uso prévio de 3TC, deve ser administrado na dose de 1mg. , Quando escolhemos essa dose no siclom, mas o paciente não tem cirrose child B ou C (atualmente as únicas indicações da dose de 1 mg), o sistema bloqueia a prescrição. , Em resumo, sugiro incluir a indicação de entecavir 1 mg para pacientes coinfectados HIV/HBV que estejam usando darunavir (e não possam trocar o darunavir). Para tanto, o texto das observações do quadro 6 referentes ao entecavir deveriam incluir a indicação de coinfectado HIV/HBV em uso de darunavir. Assim como o quadro 7 incluir a condição HIV/HBV em uso de darunavir e indicar o entecavir 1mg como alternativa terapêutica. E fazer os acréscimos correspondentes no texto., , Por exemplo: Na sequencia desse parágrafo do ítem 9.5 Analogos de Nucleos(t)ideos: , , ""A existência de condições que contraindiquem o uso de TDF sugerem o uso de entecavir., A presença de contraindicação ao TDF, somada à terapia prévia com lamivudina, justificam o uso, de TAF para o tratamento da hepatite B, assim como situações de contraindicação absoluta,, intolerância ou resistência ao entecavir."", Eu acrescentaria: , No entanto, em pacientes coinfectados HIV/HBV, o uso concomitante de TAF com darunavir também está contra-indicado. Nesse caso, o uso de entecavir 1mg é uma alternativa terapêutica. , E adiante, na seção 20. Co-infecção HIV/HBV existe esse parágrafo:, , ""O entecavir é uma alternativa para o tratamento de hepatite B em pacientes com, contraindicação para ambas as formulações de tenofovir e que estejam em supressão mantida do, HIV (? 6 meses), mas não deve ser considerado como um dos medicamentos da Tarv. Entretanto,, frente à possibilidade de resistência antiviral do HBV pelo uso prévio e praticamente universal de, lamivudina em PVHA, a utilização de entecavir deve ser evitada em caso de coinfecção HBV-HIV. , , Eu acrescentaria: E caso necessite ser utilizada, como no caso dos pacientes em uso de darunavir,, deve ser utilizada a dose de 1 mg. , , Parabéns CGHV/DATHI/SVSA por esse excelente PCDT, "	Nesse momento, não.
18/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	É uma doença grave e deve ser tratada pra diminuir o número de mortes causada por ela	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Consideramos importante a atualização do PCDT de Hepatite B e Coinfecções por ampliar as possibilidades de diagnóstico, acompanhamento e tratamento no SUS. Entre os avanços estão novos critérios para início do tratamento e a ampliação do uso do tenofovir alafenamida em situações específicas, incluindo pessoas com cirrose descompensada, gestantes e pessoas em amamentação. CP 98(1), Na vida real, essas mudanças podem significar diagnóstico mais oportuno, acesso ao tratamento adequado e prevenção de complicações. Para quem vive com hepatite B, ter acesso ao cuidado no momento certo representa mais segurança, qualidade de vida e possibilidade de continuar seus projetos pessoais e familiares. Por isso, apoiamos a atualização proposta, com foco em um cuidado mais humano, integral e equitativo.,	Além da atualização do PCDT, é fundamental garantir que as novas recomendações cheguem de fato aos pacientes em todas as regiões do Brasil. A possibilidade de iniciar o tratamento mesmo em situações de indisponibilidade do exame de HBV-DNA é especialmente importante para reduzir desigualdades no acesso ao cuidado. CP 98(1), Também é necessário garantir acesso aos medicamentos, exames e acompanhamento contínuo, com informação clara e acolhimento aos pacientes. Uma recomendação só transforma vidas quando chega a quem precisa, no tempo certo. Por isso, somos favoráveis à atualização, buscando um SUS mais acessível, humano e equitativo.,
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	"Verifiquei que há uma discordância entre os PCDTs de PrEP e de hepatite B, a respeito da população em uso de PrEP para HIV e a verificação de resposta vacinal para hepatite B. Considerando aspectos de risco dessa população, sugiro uniformização dos documentos em relação a esse seguimento, para melhor elucidação para o profissional da ponta., , Dessa forma, sugiro:, 1)Página 05, no item ""Apresentação do documento"", acrescentar: inclusão de pessoas em uso de PrEP para o HIV como público prioritário para avaliação do status vacinal por meio da sorologia anti-HBs., 2)Página 23 no item 7.2 Testagem para avaliar a resposta vacinal (anti-HBs) : Sugiro inserir um fluxograma sobre a testagem Anti-HBs e revacinação."	Não, obrigada
19/10/2026	Gestores do SUS	Boa	Em anexo enviamos a contribuição com relação ao PCDT da Hepatite B e Coinfecções.	Em anexo enviamos a contribuição com relação ao PCDT da Hepatite B e Coinfecções.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	"1. Simplificação do Início do Tratamento, Retenção na Cascata de Cuidado e Redução do Risco de CHC A simplificação e a descentralização dos critérios para início da terapia antiviral alinham-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da EASL para a eliminação das hepatites virais como ameaça à saúde pública [1, 2]., •Redução de perdas de seguimento: A diminuição de exigências pré-tratamento excessivas reduz barreiras operacionais e mitiga a perda de pacientes ao longo do itinerário terapêutico (loss to follow-up), garantindo a vinculação imediata à linha de cuidado [1, 3]., •Eficácia e impacto clínico: O tratamento contínuo com análogos de nucleosídeos/nucleotídeos (NAs) de alta barreira genética (como Tenofovir e Entecavir) promove supressão viral rápida e sustentada, reduz a progressão da fibrose e diminui expressivamente a incidência de Carcinoma Hepatocelular (CHC), especialmente em indivíduos com cargas virais elevadas [2, 4, 5]., •Custo-efetividade: Ao viabilizar o início oportuno com medicações de baixo custo relativo para o SUS, previne-se o avanço para descompensação hepática e neoplasia primária do fígado, que tem seu tratamento com custo elevado [1, 5]., "	"2. Incorporação e Disponibilização do HBsAg Quantitativo (qHBsAg) no SUS Recomenda-se a inclusão do teste de quantificação do HBsAg (qHBsAg) na rede pública. O qHBsAg reflete a quantidade e a atividade transcricional do DNA circular fechado covalentemente (cccDNA) e de sequências integradas do HBV no genoma do hospedeiro [2, 6]. Suas principais utilidades clínicas fundamentadas na literatura incluem:, •Diferenciação precisa das fases da infecção crônica pelo HBV: Auxilia na distinção entre infecção crônica HBeAg-negativa (antigo estado de portador inativo) e hepatite crônica HBeAg-negativa, principalmente na presença de flutuações do HBV-DNA [2, 6]., •Estratificação de risco de progressão hepática e CHC: Níveis elevados de qHBsAg correlacionam-se com maior risco de desenvolvimento de CHC, atuando como marcador preditivo complementar ao HBV-DNA [6, 7]. Sendo possível caracterizar uma população com maior necessidade de rastreio de CHC, otimizando os recursos e exames para isso.[GHSP1.1], •Predição de clareamento espontâneo/induzido e cura funcional: Identifica pacientes com maior probabilidade de perda do HBsAg [2, 6]., •Orientação para suspensão segura de antivirais (Stop-NAs): Serve como marcador biológico fundamental para identificar candidatos à interrupção monitorada da terapia com NAs em protocolos clínicos selecionados, permitindo uso racional de recursos [2, 6, 8]. A literatura recente demonstra que níveis muito baixos de qHBsAg (ex.: < 100IU/ml) em pacientes HBeAg-negativos sob longo tratamento com NAs indicam um perfil de segurança muito superior para a interrupção supervisionada da medicação. Isso pode traduzir-se em economia de medicamentos em longo prazo para o sistema de saúde., "

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	NÃO	A FENAPAR (Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil) analisa a versão preliminar da Seção 9 do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite B, destacando avanços fundamentais e pontos de atenção para pacientes com doença renal crônica, em diálise ou transplantados., Como avanços positivos, a federação celebra a inclusão de marcadores de alteração renal e óssea — como clearance de creatinina abaixo de 60 mL/min, proteinúria e hipofosfatemia — para substituir o Tenofovir Desoproxila (TDF) e evitar a nefrotoxicidade. Além disso, torna-se obrigatório o tratamento em pacientes imunossuprimidos ou transplantados com HBV-DNA detectável, prevenindo a reativação viral e a rejeição de enxertos. O documento também se alinha às diretrizes da OMS ao reduzir os limites de ALT (30 U/L para homens e 19 U/L para mulheres) e incorporar exames não invasivos (APRI e elastografia), permitindo a intervenção precoce., No entanto, a entidade alerta para a escolha criteriosa entre Entecavir (ETV) e Tenofovir Alafenamida (TAF), lembrando que o ETV exige ajuste de dose para clearance abaixo de 50 mL/min e que o TAF ainda carece de dados de segurança em DRC estágio 5 pré-dialítica (clearance abaixo de 15 mL/min). Alerta-se também para o risco do uso de TDF associado a imunossupressores (como tacrolimo e ciclosporina), reforçando o acerto em manter contraindicada a Alfapeginterferona (?pegINF) para essa população., Por fim, a FENAPAR cobra do Ministério da Saúde a descentralização do acesso a exames como a quantificação de HBV-DNA diretamente nas unidades de diálise. Aproveita a oportunidade para reiterar a urgente necessidade do fim do reuso de dialisadores e linhas hemodialíticas no Brasil, medida crucial para eliminar o risco de contaminação cruzada e proteger os pacientes contra o vírus da Hepatite B e outras infecções., ,
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	No capítulo referente à PrEP, nas recomendações sobre testagem anti-HBs e revacinação em pessoas em uso de PrEP para o HIV, sugiro alinhar as orientações com as recomendações do PCDT de Hepatite B e as normas do DPNI, garantindo concordância entre os documentos e maior clareza para os profissionais de saúde.	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Página 36 - Modificar número da indicação do quadro para 20 - a* Verificar critérios do score de Child-Turcotte-Pugh no Quadro 19., Página 48 - Modificar número da indicação do quadro para 20 - *Para o cálculo do score de Child-Pugh, ver Quadro 18. , Página 78 - Alterar número da referência - Fonte: Child et al 155, Pugh et al 156,157 PARA Fonte: Child et al 156, Pugh et al 157, Página 79 - Alterar número da referência - Fonte: adaptado da American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)158,159 PARA Fonte: adaptado da American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) 159, Página 89 - Incluir referência - EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus.	Não
20/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	E muito importante pois tem muitas pessoas q depende exclusivamente dessas medicação se n conseguir e capaz de acontecer até o pior	Minha familha sofre com ess doença pois as medicações são varas i n temos condições de compra se o sus n fornece podemos até perde pessoas queridas por falta de medicação