

Fluxo municipal para testagem e acompanhamento das **Hepatites B/D e C** em Belém.

Orientações para todas as unidades municipais
e ações que executam testes rápidos.

SESMA
Secretaria de
Saúde



Belém
Prefeitura da *noossa gente*

belem.pa.gov.br     [prefeitura**belem**](#)

Fluxo municipal para testagem e acompanhamento das Hepatites B/D e C em Belém.

S U M Á R I O

Testagem	3
Notificação e Encaminhamento	4
Acolhimento no SAE	5
Exames laboratoriais	6
Consulta médica e tratamento	10
Casos graves	11
Casos de gestantes	12
Contatos importantes	13

Testagem

**Em todas as unidades municipais e
ações que executam testes rápidos.**

Na realização dos testes rápidos para Hepatite B e C, sempre que ocorrer um caso reagente (positivo), o profissional atendente deverá:

1º

Realizar, como em qualquer teste rápido, acolhimento pós-teste, informando sobre o fluxo de tratamento das Hepatites e dialogando sobre possíveis dúvidas do usuário.

2º

Esclarecer que, para o correto diagnóstico, outros exames e consultas serão necessários.

Para conhecer mais sobre a
realização de testes rápidos
para as Hepatites B e C,
acesse o QR Code:



Investigação/Notificação e Encaminhamento ao SAE.

3º

Preencher a ficha de notificação de Hepatites Virais – em 2 vias *

4º

Preencher a guia de referência e contrarreferência.

5º

Encaminhar o usuário para o SAE CASADIA tendo em mãos:

- Laudo de resultado do teste rápido reagente (positivo) ; *
- Guia de referência e contrarreferência;
- Uma via da ficha de notificação de Hepatites Virais.

Av. Pedro Álvares Cabral, 3371 – Sacramento.
De segunda a sexta, de 7h às 17h.

6º

Enviar uma via da ficha de notificação ao DEVS – Sesma Nível Central.

*** Anexo ao final deste documento.**

Acolhimento SAE

7º

O usuário será acolhido por profissional do SAE CASADIA, o qual fará um registro do usuário em livro ou pasta específica, garantindo o sigilo sobre as informações do usuário.

8º

Informar ao usuário para aguardar a chamada via telefone sobre o agendamento do dia e horário de coleta para exames laboratoriais.

Prazo máximo para agendamento: 15 dias.

9º

Após a coleta: informar ao usuário que aguarde a chamada via telefone para agendamento do dia e horário da consulta médica. Os resultados ficam prontos em, no máximo, 15 dias corridos.

Exames Laboratoriais – SESMA

10º

Enfermeira(o) do SAE preenche a ficha de solicitação de exames específica para o programa de Hepatites Virais. *

11º

Exames sob responsabilidade do laboratório terceirizado em caso de investigação de Hepatite B:

- TAP (com Referência INR)
- BETA HCG (Obs.: Exclusivo para mulheres cisgênero e homens transgênero, de 12 a 49 anos; o resultado tem validade de 15 dias. Caso até o dia da consulta este exame tenha perdido a validade, será necessário realizá-lo novamente)
- PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (Albumina Sérica)
- CREATININA
- HEMOGRAMA COMPLETO (com Referência a Contagem de Plaquetas)
- BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
- AST (TGO)
- ALT (TGP)
- REALIZAR TESTES RÁPIDOS NO MOMENTO DO ATENDIMENTO: HIV, HEPATITE C E SÍFILIS.

Obs.: O profissional que receber os resultados deverá calcular o CLEARANCE DE CREATININA, estimado a partir do valor da Creatinina Sérica.

*** Anexo ao final deste documento.**

Exames Laboratoriais - SESMA

12°

Exames sob responsabilidade do laboratório terceirizado em caso de investigação de Hepatite C:

- TAP (com Referência INR)
- BETA HCG (Obs.: Exclusivo para mulheres cisgênero e homens transgênero, de 12 a 49 anos; o resultado tem validade de 15 dias. Caso até o dia da consulta este exame tenha perdido a validade, será necessário realizá-lo novamente)
- PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (com Referência a Albumina Sérica)
- UREIA
- SÓDIO
- POTÁSSIO
- CREATININA
- HEMOGRAMA COMPLETO (com Referência a Contagem de Plaquetas)
- GAMA GT
- BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
- AST (TGO)
- ALT (TGP)
- FOSFATASE ALCALINA
- DOSAGEM DE GLICOSE
- REALIZAR TESTES RÁPIDOS NO MOMENTO DO ATENDIMENTO: HIV, HEPATITE B E SÍFILIS

Obs.: O profissional que receber os resultados deverá calcular o CLEARANCE DE CREATININA, estimado a partir do valor da Creatinina Sérica.

Exames Laboratoriais – LACEN/PA

13°

Exames sob responsabilidade do LACEN/PA em caso de investigação de Hepatite B:

- HBsAg
- Anti-HBc IgM
- Anti-HBc IgG
- Anti-HBc total
- ANTI-HBs
- HBeAg
- Anti-HBE
- Carga viral da Hepatite B

Obs.: Caso haja suspeita de Hepatite Delta (critério: usuário tenha passado por área endêmica), deverá ser solicitado ao LACEN/PA:

- Todos os marcadores da Hepatite B
- Anti-HDV

Exames Laboratoriais – LACEN/PA

14°

Exames sob responsabilidade do LACEN/PA em caso de investigação de Hepatite C:

- Anti-HCV
- Carga viral da Hepatite C

OBS: Caso o exame de Carga Viral da Hepatite C apresente resultado maior do que 500, será necessário solicitar ao LACEN/PA o exame de Genotipagem da Hepatite C.

Consulta Médica e Tratamento

Com todos os resultados de exames prontos, será agendada uma consulta médica no SAE CASADIA para avaliação e possível encaminhamento do paciente para o adequado tratamento.

15°

A Farmácia do SAE CASADIA recebe os medicamentos para o tratamento e cuidará da dispensação via SICLOM HEPATITES e a devida prestação de contas no sistema.

16°

Casos Graves e Transplante de Fígado

17°

Em casos graves e casos de transplante do fígado, o usuário será regulado, via SISREG, à Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Casos de gestantes com teste positivo para Hepatite B

Caso ocorra algum caso de gestante com teste positivo (reagente) para Hepatite B, deverá ser realizado o seguinte procedimento:

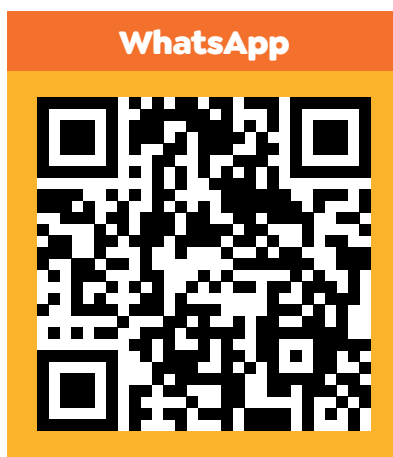
- Comunicar à Coordenação de Imunização do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVS), informando que ocorreu teste positivo para Hepatite B em gestante e a provável data de parto.
- A Coordenação municipal de Imunização deverá estar ciente do parto de risco e solicitar à Coordenação Estadual de Imunização a imunoglobulina, bem como, providenciar a vacina da Hepatite B para o bebê.

OBS: O objetivo deste procedimento é a redução em 95% do risco de o bebê desenvolver doença hepática grave.

Contatos importantes

rtistaids@sesma.pmb.pa.gov.br

Grupo de WhatsApp com profissionais das unidades municipais participantes do fluxo, para tirada de dúvidas e contato imediato:



Obs.: O monitoramento deste fluxo ficará a cargo da Referência Técnica de IST/Aids e Hepatites Virais que, junto com os profissionais do DEVS (notificações) e do SAE CASADIA (tratamento), fará avaliação constante para garantia de êxito deste fluxo.

Este documento deverá ser revisto e reformulado assim que ocorrerem novas tratativas para melhoria do fluxo. Quaisquer alterações serão divulgadas à rede municipal de saúde, pelos diversos meios documentais possíveis.

LAUDO DE RESULTADO DE TESTES RÁPIDOS

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE, SETOR OU ORGANIZAÇÃO		
Unidade, setor ou organização responsável pela testagem:		
IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)		
Nome do civil ou social do(a) usuário(a) (<i>sem abreviatura</i>):		Sexo de nascimento: () F () M
Data de Nascimento: / /		Telefone de contato:
Método: Imunocromatografia	Amostra: Sangue total	Data da realização da testagem: / /
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV		
TESTE 1 - HIV: Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ ☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ NÃO REALIZADO		
TESTE 2 - HIV: Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ ☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ NÃO REALIZADO		
INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO – HIV		
☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ INCONCLUSIVO ☐ NÃO REALIZADO <i>OBS.: O resultado é reagente para o HIV caso ambos os testes 1 e 2 sejam reagentes. Caso haja resultado divergente deve-se repetir os dois testes. Caso o resultado continue inconclusivo, o(a) paciente deve ser encaminhado ao CTA Belém.</i> <i>OBS.2: Em casos reagentes para o HIV, a ficha de notificação deve ser preenchida pela unidade onde ocorreu a testagem. A ficha preenchida deve ser encaminhada ao DEVS, sede da SESMA.</i>		
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DA SÍFILIS (teste treponêmico)		
Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ ☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ NÃO REALIZADO <i>OBS.3: Em caso de resultado reagente, encaminhar usuário(a) para realização do exame VDRL quantitativo na unidade de saúde mais próxima da residência do(a) usuário(a). O tratamento para sífilis, se confirmado, será realizado e notificado nesta unidade. A ficha de notificação deve ser encaminhada ao DEVS, sede da SESMA.</i>		
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO PARA HEPATITE B (HBsAg)		
Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ ☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ NÃO REALIZADO		
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HEPATITE C (Anti-HCV)		
Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ ☐ REAGENTE ☐ NÃO REAGENTE ☐ NÃO REALIZADO <i>OBS.5: Em caso de resultado reagente para Hepatite B ou C, encaminhar usuário(a) para o SAE CASADIA tendo em mãos: laudo de resultado do teste rápido, guia de referência e contrarreferência, uma via da ficha de notificação de Hepatites Virais. Uma outra via da ficha de notificação deve ser encaminhada ao DEVS, sede da SESMA.</i>		
RESPONSABILIDADE PELA EXECUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS		
Responsável pelo Laudo: _____ (Assinatura e carimbo)		

ATENÇÃO! Deve-se garantir o sigilo sobre resultados e realizar aconselhamento pós-teste com todas as pessoas atendidas. Ter redobrada atenção na testagem e orientações a gestantes, aos adolescentes e jovens, e às possíveis vítimas de violência sexual. Se necessário, realizar a devida notificação. Caso haja algum teste rápido inválido (possível defeito de fabricação), comunicar o lote à SESMA pelo e-mail: rtistuids@sesma.pmb.pa.gov.br

Endereços importantes:

CTA Belém: Tv. Rui Barbosa, 1059 - Reduto - Belém/PA

SAE CASADIA: Av. Pedro Álvares Cabral, 3371 - Sacramento, Belém/PA

SESMA (sede): Av. Gov. José Malcher, 2821 - São Brás, Belém/PA

CASO CONFIRMADO

Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente

- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A

- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:

. HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável

- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:

. Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável

- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:

. Anti-HDV total reagente . HDV-RNA detectável

- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:

. Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes . HEV-RNA detectável

- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	HEPATITES VIRAIS		3 Data da Notificação
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	14 Escolaridade
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência
Dados de Residência	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Suspeita de:	34 Tomou vacina para:
Antecedentes Epidemiológicos	35 Institucionalizado em	36 Agravos associados	37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC	38 Sexual
	39 Domiciliar (não sexual)	40 Ocupacional	41 Sim, há menos de seis meses	42 Não

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação	32 Ocupação
33 Suspeita de:	34 Tomou vacina para:
1 - Hepatite A	1 - Completa
2 - Hepatite B/C	2 - Incompleta
3 - Não especificada	3 - Não vacinado
	9 - Ignorado
35 Institucionalizado em	36 Agravos associados
1 - Creche	1 - Sim
2 - Escola	2 - Não
3 - Asilo	9 - Ignorado
4 - Empresa	
5 - Penitenciária	
6 - Hospital/clínica	
7 - Outras	
8 - Não institucionalizado	
9 - Ignorado	
37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC	38 Sexual
1-Sim, há menos de seis meses	39 Domiciliar (não sexual)
2-Sim, há mais de seis meses	40 Ocupacional
9-Ignorado	

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

☐ Medicamentos Injetáveis
☐ Tatuagem/Piercing
☐ Acidente com Material Biológico

☐ Drogas inaláveis ou Crack
☐ Acupuntura
☐ Transfusão de sangue /derivados

☐ Drogas injetáveis
☐ Tratamento Cirúrgico

☐ Água/Alimento contaminado
☐ Tratamento Dentário

☐ Três ou mais parceiros sexuais
☐ Hemodiálise

☐ Transplante
☐ Outras

39

Data do acidente ou transfusão ou transplante

40

Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para caso 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

Dados Laboratoriais

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

2-Não reagente

3-Inconclusivo

4-Não realizado

9-Ignorado

HBsAg

Anti HBc (Total)

Anti-HCV

45

Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido

46

Resultados Sorológicos/Viológicos/Teste rápido

1 - Reagente/Positivo

2 - Não Reagente/Negativo

3 - Inconclusivo

4 - Não Realizado

Anti-HAV - IgM

HBsAg

Anti-HBc IgM

Anti -HBc (Total)

Anti-HBs

HBeAg

Anti-HBe

Anti -HDV Total

Anti -HDV - IgM

Anti -HEV - IgM

Anti-HCV

HCV-RNA

47

Genótipo para HCV

1-Genótipo 1

2-Genótipo 2

3-Genótipo 3

4-Genótipo 4

5-Genótipo 5

6-Genótipo 6

7-Não se aplica

9-Ignorado

Conclusão

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

02- Vírus B

03- Vírus C

04- Vírus B e D

05- Vírus E

06- Vírus B e C

07- Vírus A e B

08- Vírus A e C

09- Não se aplica

99- Ignorado

51

Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01-Sexual

02-Transfusional

03-Uso de drogas

04-Vertical

05-Acidente de trabalho

06-Hemodiálise

07-Domiciliar

08-Tratamento cirúrgico

09-Tratamento dentário

10-Pessoa/pessoa

11-Alimento/água contaminada

12-Outros

99- Ignorado

52

Data do Encerramento

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Hepatites Virais

Sinan NET

SVS

29/09/2006

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESMA
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE – DEAS
CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS DOENÇAS INFECCIOSAS ADQUIRIDAS – CASADIA**

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B/D ou C

DATA: ____/____/____ IDADE: ____anos. SEXO DE NASCIMENTO: () M () F

NOME USUÁRIO(A): _____

EXAMES SOLICITADOS:

☐ INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B ☐ Marque caso <u>não</u> seja necessário realizar estes exames.	TAP (com Referência INR)
	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (com Referência a Albumina Sérica)
	CREATININA
	HEMOGRAMA COMPLETO (com Referência a Contagem de Plaquetas)
	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
	AST (TGO)
	ALT (TGP)

☐ INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE C ☐ Marque caso <u>não</u> seja necessário realizar estes exames.	TAP (com Referência INR)
	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (com Referência a Albumina Sérica)
	CREATININA
	HEMOGRAMA COMPLETO (com Referência a Contagem de Plaquetas)
	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
	AST (TGO)
	ALT (TGP)
	UREIA
	SÓDIO
	POTÁSSIO
	GAMA GT
	FOSFATASE ALCALINA
	DOSAGEM DE GLICOSE

Caso a/o usuária(o) seja mulher cisgênero ou homem transexual entre 12 e 49 anos:	☐ Realizar BETA HCG
---	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
(assinatura e carimbo)

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE: