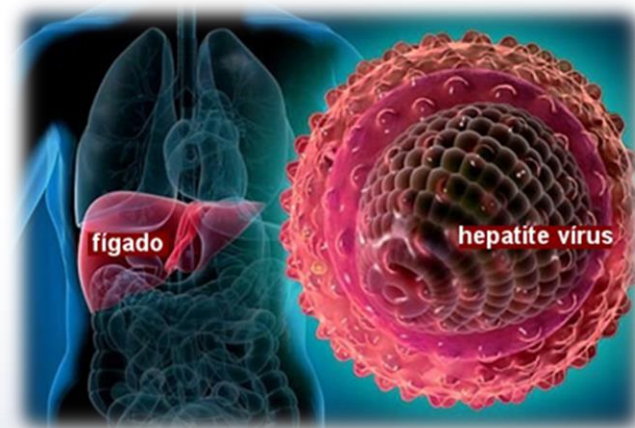
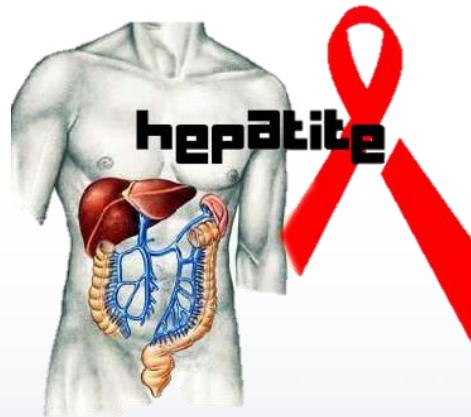


Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Secretaria Municipal de Saúde

40
5
RIO
450



Linha de Cuidado em Hepatites Virais

UNIDADES POR NÍVEL DE ATENÇÃO	ATRIBUIÇÕES
ATENÇÃO PRIMÁRIA - NÍVEL 1	Promoção da Saúde
	Prevenção
	Aconselhamento, Triagem Sorológica e Confirmação diagnóstica
	Encaminhamentos para tratamento
	Acompanhamento de pacientes
	Notificação dos casos
SERVIÇO DE REFERÊNCIA - NÍVEL 2 (Média Complexidade- Policlínicas e CMS)	Aconselhamento e Triagem Sorológica
	Exames confirmatórios
	Biópsia hepática (local ou referenciada)
	Definição da necessidade de tratamento
	Tratamento e manejo clínico dos pacientes
	Notificação dos casos
SERVIÇO DE REFERÊNCIA - NÍVEL 3 (Alta Complexidade - Hospitais Federais)	Acompanhamento de pacientes em situações especiais (falha terapêutica, Hepatocarcinoma, comorbidades, cirrose e suas complicações, etc.)
	Protocolos de pesquisa - ensaios terapêuticos
	Notificação dos casos

PREVENÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS B E C

Acolhimento adequado ao usuário

- **Aconselhamento – escuta adequada e qualificada;**
- **Estímulo a testagem através de ações educativas, informando as formas de transmissão e possibilitando às pessoas a percepção de sua exposição ao risco de infecção;**
- **Investigação das diversas formas de transmissão do vírus:**
 - **Transfusão de sangue**
 - **Compartilhamento de materiais perfuro cortantes (seringas e agulhas, alicates de cutícula, lâminas de barbear, escovas de dente, cachimbos, canudos, etc.)**
 - **Realização de tatuagem e *piercing***
 - **Práticas sexuais**
 - **Transmissão vertical**
- **Profilaxias pré e pós exposição: Vacinação e IGHHB**



O TELELAB é um programa de educação continuada, do Ministério da Saúde, que disponibiliza CURSOS GRATUITOS, cujo público alvo são os profissionais da área de Saúde.

A Portaria nº 3.275, de 26 de dezembro de 2013, estabelece o TELELAB como ferramenta de capacitação para os Testes Rápidos. Para a execução dos testes os profissionais devem estar certificados pelo Ministério da Saúde.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Indicações para a realização de Teste Rápido para Hepatite B

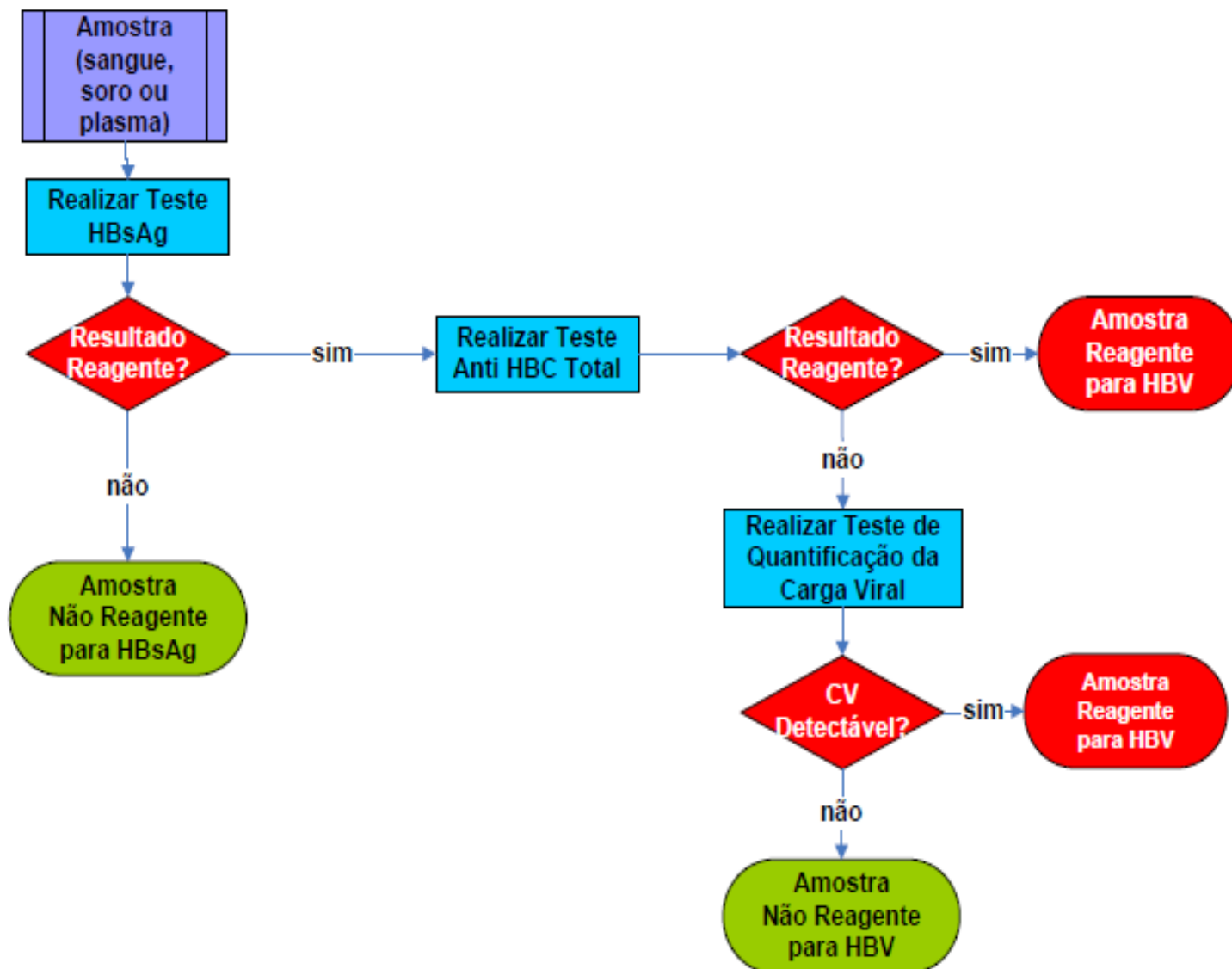
- **Populações Vulneráveis: HSH, Profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua;**
- **Comunicantes de pessoas vivendo com Hepatites Virais;**
- **Acidentes biológicos ocupacionais;**
- **Gestantes;**
- **Parturientes e Puérperas que não tenham sido testadas no pré natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;**
- **Abortamento espontâneo, independente da idade gestacional;**
- **Pessoas em situação de violência sexual;**
- **Indivíduos portadores de outras ISTs.**

A investigação de hepatites virais pode ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde, inicialmente através da realização de Teste Rápido (TR).

■ **HEPATITE B** → o TR (marcador HBsAg) reagente requer o encaminhamento imediato do paciente para atendimento médico visando a realização de exame confirmatório pela testagem de anti-HBc total por punção venosa. Confirmando-se que o paciente é portador do vírus da Hepatite B, deve-se solicitar o anti-HBc IgM para definir se o caso é agudo ou crônico.

Numa amostra não reagente, na suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deve ser coletada para realização de um novo teste após 30 dias.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais



Linha de Cuidado em Hepatites Virais

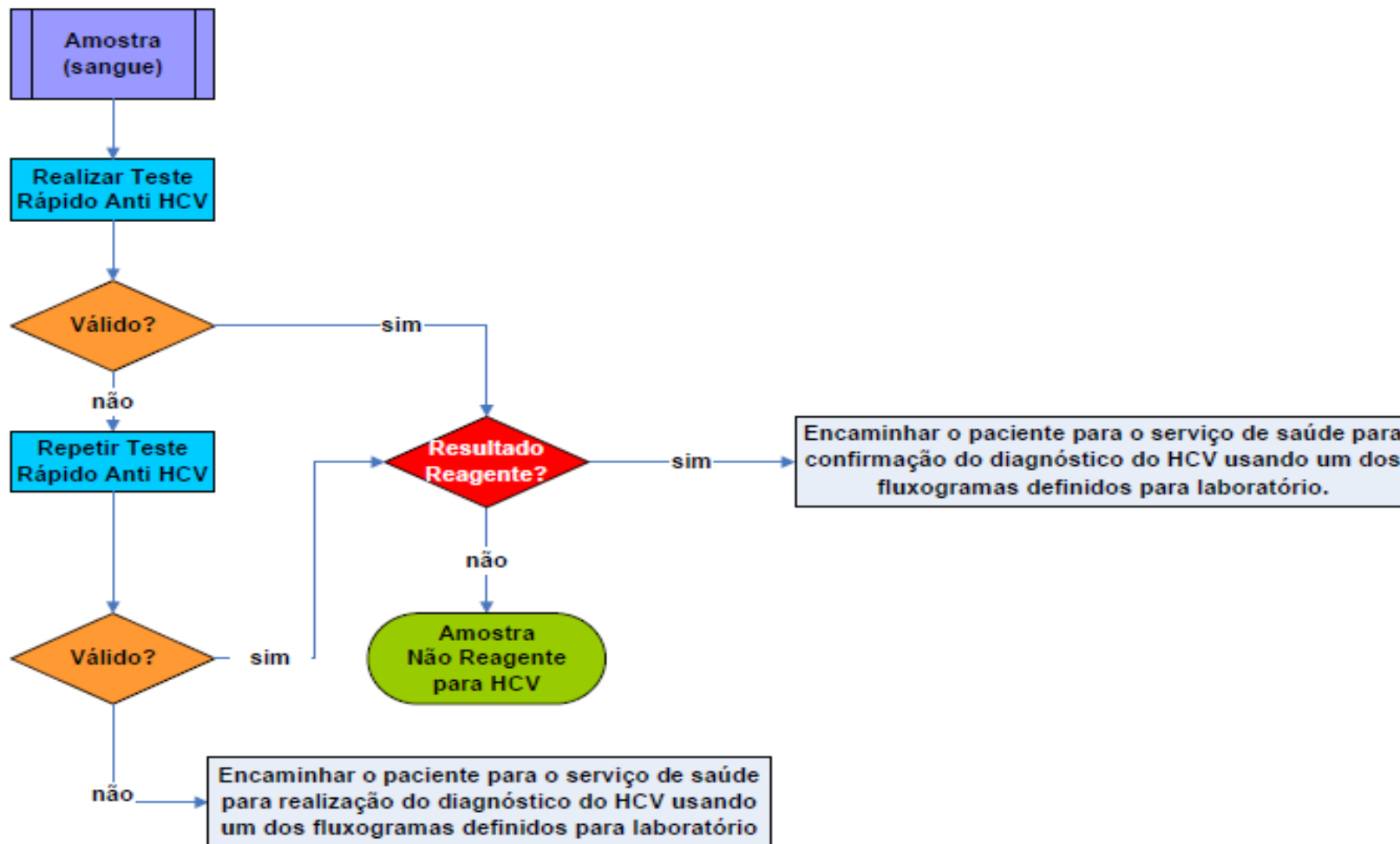
Indicações para a realização de Teste Rápido para Hepatite C

- **Indivíduos a partir de 40 anos que tenham se submetido a uma das situações: Cirurgia (médica/odontológica), transfusão de sangue e/ou hemoderivados, transplantes e uso de seringas não descartáveis antes de 1993;**
- **Em exposições com material biológico de paciente fonte infectado pelo vírus da hepatite C e naqueles com fonte desconhecida, no momento do acidente ocupacional;**
- **Em pacientes de qualquer faixa etária com histórico de compartilhamento de materiais perfuro-cortantes (seringas, alicates, aparelho de barbear, etc.), tatuagens /piercing, usuários de drogas, pacientes em hemodiálise, pacientes HIV positivo, contatos próximos de portadores de hepatite C;**
- **Usuários que cheguem as Unidades de Saúde e solicitam a realização do exame, sem desejar dar mais informações.**

- Para a HEPATITE C → O TR (marcador anti-HCV) reagente requer que o paciente seja encaminhado para realização de exame confirmatório de biologia molecular - PCR RNA do vírus da hepatite C quantitativo.

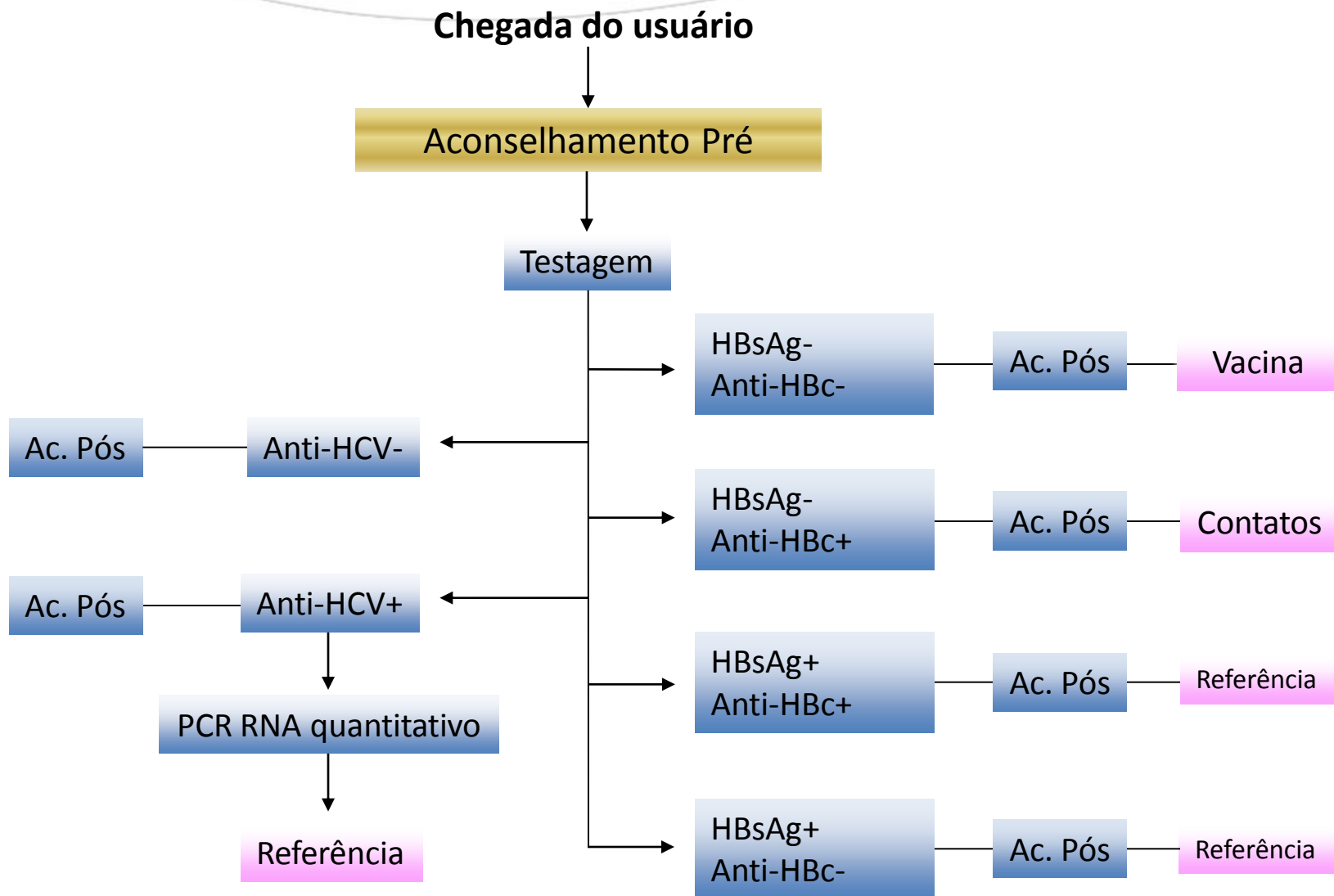
**ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS TESTAGEM RÁPIDA
PARA HEPATITES B E C DEVEM SER REALIZADOS**

Linha de Cuidado em Hepatites Virais



Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Fluxograma de Testagem



Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Interpretação dos testes sorológicos para Hepatite B

SOROLOGIA	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
HBsAg	negativo	Suscetível
anti-HBc	negativo	
anti HBs	negativo	
HBsAg	negativo	Imunidade pós infecção natural
anti-HBc	positivo	
anti HBs	positivo	
HBsAg	negativo	Imunidade pós resposta vacinal
anti-HBc	negativo	
anti HBs	positivo	
HBsAg	positivo	Infecção aguda
anti-HBc	positivo	
anti HBc IgM	positivo	
anti HBs	negativo	
HBsAg	positivo	Infecção crônica
anti-HBc	positivo	
anti HBc IgM	negativo	
anti HBs	negativo	
HBsAg	negativo	Quatro possibilidades de interpretação: Infecção resolvida (mais comum); Falso positivo anti-HBc, portanto suscetível; Baixo nível de infecção crônica; Infecção aguda em resolução.
anti-HBc	positivo	
anti HBs	negativo	

Interpretação e conduta do *screening* sorológico para hepatite B

HBsAg	Anti-HBc	Interpretação/conduta
(+)	(-)	Início de fase aguda ou falso positivo/Repetir sorologia após 15 dias
(+)	(+)	Hepatite aguda ou crônica/Solicitar anti-HBc IgM
(-)	(+)	Janela imunológica ou falso-positivo ou cura/ Solicitar anti-HBs
(-)	(-)	Não infectado

Resumo das definições de caso de hepatite viral por vírus B, a partir dos resultados sorológicos

Condição de caso	HBsAg	Anti-HBc	Anti-HBc IgM	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBs
Susceptível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+/-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hepatite B aguda	(+)	(+)	(+)	(+/-)	(+/-)	(-)
Final da fase aguda / janela imunológica	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Hepatite B fase crônica	(+)	(+)	(-)	(+/-)	(+/-)	(-)
Hepatite B curada	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)*
Imunizado por vacinação	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Legenda: (+) positivo (-) negativo

*Em alguns casos de hepatite B curada, o anti-HBs não é detectado por estar em baixos títulos.

Nos casos de hepatite B (forma aguda, crônica ou fulminante) procedente de áreas conhecidas com circulação do HDV (região amazônica), será necessário investigar hepatite D (delta).

Onde realizar o exame de Biologia Molecular para Hepatite C?

- Cada CAP tem seu laboratório de referência.
- A solicitação da PCR deverá ser feita na própria UBS, onde foi realizado teste rápido (anti-HCV).
- As amostras para PCR Hepatite C, deverão ser inseridas no GAL na Unidade de Atenção Primária e os resultados posteriormente impressos através do mesmo. É necessário inserir o número de SINAN ao fazer o cadastro da amostra no GAL.
- Caso o paciente chegue a UBS com o resultado reagente de anti-HCV, não há necessidade de repetir o teste.
- O local de coleta do material biológico (sangue) será a Unidade de Saúde de Referência da sua CAP.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

CAP	CARGA VIRAL E GENOTIPAGEM- UNIDADES DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1.0	Em todas as unidades da área - 2as a 6as feiras até as 13 horas	LACEN
2.1	CMS Manoel José Ferreira - 3as feiras CMS Dom Hélder Câmara - 3as feiras CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues - 4as feiras CMS João Barros Barreto - 4as e 5as feiras	LACEN
2.2	Policlínica Hélio Pellegrino - 3as feiras de 07 às 09 horas	HLA UERJ
3.1	Em todas as unidades da área - 5as feiras	HLA UERJ
3.2	Na própria unidade solicitante - de 2a à 6a feira até 12 horas	HLA UERJ
3.3	Em todas as unidades - 6as feiras	HLA UERJ

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

CAP	CARGA VIRAL E GENOTIPAGEM - UNIDADES DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
4.0	Todas as unidades coletam - 5as feiras, sendo que na Policlínica Newton Bethlem - 2as e 5as feiras	HUCFF - UFRJ
5.1	CMS Waldyr Franco - 2as e 5as feiras de 08 às 10 horas (o agendamento é realizado pelo google docs)	HUCFF - UFRJ
5.2	CMS Alvimar de Carvalho - 2as feiras às 07 horas CMS Belisário Pena - 5as feiras às 07 horas Policlínica Carlos Alberto Nascimento - 2as feiras às 07 horas	HUCFF - UFRJ
5.3	Policlínica Lincoln de Freitas Filho - 2as feiras	HUCFF - UFRJ

Genotipagem para HCV

- **Serão encaminhadas aos laboratórios de referência as amostras em tubos de EDTA com gel.**
- **Os Resultados serão enviados pelo GAL**

**Há algum impresso especial
para solicitação de exames de biologia
molecular?**

A APS só solicita PCR RNA de Hepatite C quantitativo

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Secretaria de Estado de Saúde LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA NOEL NUTELS	
	
Nº da Amostra	
FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS HEPATITE VIRAL CRÔNICA C	
LCNN/GQ DOC. 360.021/04	
1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:	
1.2 Unidade de Origem: (CNES)	
1.3 TELEFONE DE CONTATO DA UNIDADE: () -	
2. PACIENTE: 2.1 CPF do Paciente:	
2.2 Nome do Paciente:	
2.3 Nome da Mãe:	
2.4 Endereço: Rua, Nº, Complemento:	
Bairro: Município: CEP:	
2.5 Data de Nascimento: / / 2.6 Sexo: ☐ Fem ☐ Masc	
2.7 CNS do Paciente:	
3. DADOS DA SOLICITAÇÃO: Nº SINAN	
3.1 Código do Procedimento: 0 2 0 2 0 3 1 0 8 0 Nome do Procedimento: QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (HCV)	
3.2 Hipótese diagnóstica: HEPATITE CRÔNICA C CID 10 1 8 . 2	
3.3 CPF do Solicitante: - CRM do Solicitante:	
3.4 Nome do Solicitante:	
4. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
4.1 ☐ Avaliação de indicação de tratamento ☐ Avaliação da 4ª semana de tratamento ☐ Avaliação da 8ª semana de tratamento	
☐ Avaliação da 12ª semana de tratamento ☐ Avaliação da 24ª semana de tratamento ☐ Avaliação da 48ª semana de tratamento	
☐ Avaliação da 72ª semana de tratamento ☐ Avaliação pós tratamento	
5. DADOS COMPLEMENTARES:	
5.1 Sorologia para HCV positiva? ☐ NÃO ☐ SIM, Data do último exame / /	
5.2 Paciente em tratamento? ☐ NÃO ☐ SIM	
5.3 Tipo de medicação: ☐ Interferon peguilado (PEG-IFN) / Interferon alfa (α-IFN) ☐ Inibidores de protease (IP)	
6. Outras observações relevantes:	
7. DATA DA COLHEITA: / / 7.1 Material enviado: ☐ Plasma ☐ Soro	
8. REQUERENTE:	
/ /	
Nome/Carimbo/C.R. Assinatura Data da Requisição	

Formulário para solicitação
de exame de PCR RNA
do vírus da Hepatite C
quantitativo (carga viral)

Formulário de Solicitação
Genotipagem do Vírus da Hepatite C

1. Nome da Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ		3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome*		6. Identificação do usuário nos relatórios		7. Data de Nascimento*	
4. Oficial:		☐ 1-Oficial ☐ 2-Social		8. Sexo* ☐ 1-Masculino ☐ 2-Feminino	
5. Social:					
9. Nacionalidade		10. Cidade de nascimento*		11. UF*	
				12. Raça/Cor ☐ 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada	
13. Número de Identidade		14. CPF		15. Escolaridade ☐ 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado	
16. Número GAL		17. Gestante* ☐ S-Sim - N-Não		18. Telefone do Paciente	
		() -		19. Prontuário	
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*		21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)			
22. Nome da mãe*		23. Endereço do paciente*			
24. Bairro		25. CEP*		26. Cidade de residência do paciente*	
				27. UF* 28. Cód. IBGE Município	
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
29. Código do procedimento		30. Nome do procedimento			
0202030210		Genotipagem de Vírus da Hepatite C			
DADOS CLÍNICOS					
31. Última quantificação do RNA do HCV*			32. Comorbidades		
Data: _____			UTmL _____ Log _____		
/ /			☐ B18.0/B18.1 – Hepatite B ☐ C22 – Carcinoma de células hepáticas ☐ B20-B24 – HIV/Aids ☐ Z94.4 – Fígado transplantado		
33. Comprometimento hepático					
☐ Biópsia Hepática F0 ☐ F1 ☐ F2 ☐ F3 ☐ F4 ☐			☐ Elastografia hepática _____ kPa		
☐ APRI/FIB4 _____ / _____			☐ Cirrose		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
34. CID 10		35. Nome do Profissional Solicitante*		36. Documento do Profissional Solicitante*	
B18.2				CPF: _____	
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento		CNS: _____	
UF/CRM: /		/ /			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA					
40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		41. Data da coleta*		42. Hora da Coleta*	
		/ /		:	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME					
43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		44. CNES*		45. Data do recebimento*	
				/ / :	
47. Genótipo		48. Subtipo		49. Metodologia utilizada	

Formulário para solicitação de Exame de Genotipagem do vírus da Hepatite C

Solicitado apenas pelo especialista
que irá realizar tratamento, quando
necessário.



LCNN/GQ
DOC. 360.036/MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS
PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS
SAF Sul Trecho 02, Bloco F Torre 1, Edifício Premium - ULAB
CEP - 700 70-600 Brasília/DF/Brasil
Telefone: (61) 33067331

Ficha de Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do VHB

1. – Instituição Solicitante:

Nome do estabelecimento: _____

2. – Nº da Notificação no SINAN: _____

(Obs.: Caso ainda não tenha sido notificado, o laboratório deve levar ao conhecimento da VE.)

3. – Dados do Paciente:

Nome: _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Data de Nascimento ____/____/____

CNS do Usuário: _____ CPF: _____

Nome da Mãe ou Responsável: _____

Endereço (Logradouro, nº, Complemento) _____

DDD () Nº. do telefone _____ Cel. _____

Município _____ UF _____ CEP _____

4. – Motivo pelo qual está sendo solicitado o exame:

a) ☐ - Avaliar indicação de tratamento

b) ☐ - Monitorar o tratamento

c) ☐ - Falha ou troca terapêutica

5. – Justificativa do procedimento / solicitação:

HBeAg:

Reagente ☐

Não Reagente ☐

Cirrótico ☐

Não Cirrótico ☐

ALT (Alanina Aminotransferase)

Normal ☐

Alterada ☐

6. – Local de coleta da amostra:

Nome da Instituição: _____

CNES: _____

Data da coleta da amostra: _____ Hora: _____

Responsável: _____

7. – Laboratório executor do teste:

Nome da Instituição: _____

CNES: _____

Data do recebimento da amostra: _____ Hora: _____

Responsável: _____

7.1 – Condições da chegada da amostra:

(a) - amostra adequada (b) - Amostra hemolisada (c) - Amostra em frasco inadequado

(d) - (e) - Amostra perdida por mal acondicionamento

(f) - Amostra lipêmica

(e) - outros: _____

7.2 – Resultado:

Quantitativo: _____ UI/ml Log10 =

Quantitativo: _____ cópias/ml

7.3 – Responsável pela liberação do resultado: _____

**Formulário para solicitação de
exame de
PCR DNA do vírus da Hepatite B
quantitativo (carga viral)**

**Solicitado apenas pelo especialista
que definirá necessidade de realizar
tratamento.**

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

- **Hepatite viral é doença de notificação compulsória semanal e, portanto, todos os casos suspeitos devem ser notificados em ficha individual específica para hepatites virais, as CAPs irão realizar a avaliação das fichas e a digitação das mesmas.**
- **Os comunicantes de cada caso devem ser avaliados e submetidos a exames sorológicos específicos.**
- **As fichas de investigação devem ter seu preenchimento encerrado no prazo máximo de 180 dias.**

As fichas deverão ser digitadas após o encerramento dos casos.

Suspeita clínico/bioquímica:

- Sintomático icterício:
- Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocólia fecal.
- Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para icterícia, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodíalise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:
- Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

1	Tipo de Notificação		2 - Individual
2	Agravado/compa		HEPATITES VIRAIS
3	Código (CID10)		B 19
4	UF	5	Município de Notificação
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
7	Data dos Primeiros Sintomas		
8	Nome do Paciente		
9	Data de Nascimento		
10	(ou) Idade		1 - Hom 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
11	Sexo		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
12	Gestante		1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não grávida 5 - Não se aplica
13	Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
14	Escolaridade		1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 9ª a 11ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica
15	Número do Cartão SUS		
16	Nome da mãe		
17	UF	18	Município de Residência
19	Código (IBGE)		
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		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado
30	País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

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

39	O paciente foi submetido ou exposto a:		1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 4 - Ignorado	
39	Medicamentos injetáveis Drogas inaláveis ou Crack Drogas injetáveis Água/Alimento contaminado Tato ou mais parceiros sexuais Transplante		39	Tatuagem/Piercing Acupuntura Tratamento Cirúrgico Tratamento Dentário Hemodíalise Outras
40	Local/Município de Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodíalise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)		41	Data do acidente ou transfusão ou transplante
41	UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone
42	Dados dos comunicantes			
42	Nome	Idade	Tipo de contato	HBsAg
42	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano	1 - Não sexual/domiciliar 2 - Sexual/domiciliar 3 - Sexual/domiciliar 4 - Uso de drogas 5 - Outro 6 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Ignorado
42	Ant-HBc total	Ant-HCV	Indicador vacina	Indicador imunoglobulina
42	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
43	Paciente encaminhado de:			
43	1 - Banco de sangue 2 - Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3 - Não se aplica			
44	Data de Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA			
45	Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA			
45	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo			
46	Resultados Sorológicos/Viroológicos			
46	1 - Reagente/Positivo 2 - Não Reagente/Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
47	Genótipo para HCV			
47	1 - Genótipo 1 2 - Genótipo 2 3 - Genótipo 3 4 - Genótipo 4 5 - Genótipo 5 6 - Genótipo 6 7 - Não se aplica 8 - Ignorado			
48	Classificação final			
48	1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Coeficiente Sorológico 5 - Inconclusivo			
49	Forma Clínica			
49	1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo			
50	Classificação Etiológica			
50	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 10 - Ignorado			
51	Provável Fonte / Mecanismo de Infecção			
51	01 - Sexual 02 - Transfusional 03 - Uso de drogas 04 - Vertical 05 - Acidente de trabalho 06 - Hemodíalise 07 - Domiciliar 08 - Tratamento cirúrgico 09 - Tratamento dentário 10 - Pessoa/pessoa 11 - Alimentação contaminada 12 - Outras 13 - Ignorado			
52	Data do Encerramento			
53	Observações:			
54	Município/Unidade de Saúde			
55	Nome			
56	Função			
57	Assinatura			
58	Código da Unid. de Saúde			

Objetivos da Consulta Ambulatorial no Serviço Especializado:

**Monitorar os usuários portadores de hepatites virais crônicas e
iniciar o tratamento adequado precocemente quando indicado,
de forma a evitar as formas graves deste agravo decorrentes da
cronificação, como cirrose hepática e hepatocarcinoma.**

Quem deverá ser encaminhado ao Serviço Especializado?

Todos os usuários portadores de Hepatite B e C crônicos e agudos confirmados pela Atenção Primária e que necessitem de monitoramento e/ou tratamento especializado, conforme critérios estabelecidos.

OBSERVAÇÃO

A Unidade de Atenção Primária deverá manter acompanhamento conjunto dos pacientes assistidos nos Serviços Especializados.

HEPATITES VIRAIS B E C CRÔNICAS

Quem deve ser encaminhado?

■ Hepatite B crônica:

O usuário deve apresentar exame que comprove a presença do vírus – HBsAg reagente e o anti-HBc IgM não reativo. É importante incluir na solicitação da consulta o resultado destes exames e um breve histórico do paciente.

■ Hepatite C crônica:

É necessário a confirmação da presença do vírus por exame de biologia molecular (PCR RNA quantitativo ou carga viral). Sem este exame confirmatório não será possível o agendamento.

Por que encaminhar?

**Porque o atendimento especializado é responsável
pela definição da necessidade de tratamento,
incluindo manejo clínico dos pacientes.**

Como agendar?

Os casos de hepatite B e C crônicos devem ser agendados no SISREG em:

GRUPO ATENDIMENTO HEPATITES VIRAIS

Subgrupos:

Consulta em Hepatologia: Hepatite crônica B

Consulta em Hepatologia: Hepatite crônica C

CONSULTA DE SOLICITAÇÕES AMBULATORIAIS

Consulta de Solicitações Ambulatoriais

Cód. Solicitação:

CNS:

CNES:

☐ Cód. Procedimento ☐ Cód. Procedimento Unificado

Nome Procedimento: GRUPO ATENDIMENTO HEPATITES VIRAIS

Período: a

LIMPAR

OK

Critérios para Encaminhamento ao Serviço Especializado

- **Pacientes com diagnóstico de hepatite B e C crônicos que não necessitem de avaliação imediata como :**
- **Assintomático;**
- **Oligossintomático;**

Referenciar para a rede hospitalar os seguintes casos:

- **Neoplasia Hepática,**
- **Presença de cirrose em qualquer grau da Classificação de Child-Pugh.**

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH

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

ATENÇÃO

**Algumas situações devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA, CER ou Emergência Hospitalar, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar.
NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

**Hemorragia Digestiva ou outras Hemorragias,
Sinais de encefalopatia hepática,
Ascite acompanhada de febre,
Síndrome Hepatorrenal,
Síndrome Hepatopulmonar,
Anemia grave**

Para onde encaminhar?

Para os Ambulatórios de CMS e Policlínicas com Atendimento Especializado em Hepatites Virais Crônicas B e C, que apresentem vagas disponíveis no SISREG.

Onde e quais os profissionais que atendem?

- **CMS João Barros Barreto (AP 2.1)**
 - Dra. Cydia Alves Pereira de Souza e Dra. Luiza Carneiro Silva
- **Pol. Hélio Pellegrino (AP 2.2)**
 - Dra. Alessandra Mendonça de A. Maciel e Dra. Yumi Okawa Uno
- **Pol. José Paranhos Fontenelle (AP 3.1)**
 - Dr. Marcos Landau
- **Hospital da Piedade**
 - Dra. Mauren Machado
- **CMS Alberto Borgerth (AP 3.3)**
 - Dr. Joaquim Henrique Taranto Pereira
- **CMS Carmela Dutra (AP 3.3)**
 - Dr. Alexandre Pereira Campos
- **Pol. Newton Bethlem (AP 4.0)**
 - Dra. Andrea de Deus Campos
- **Pol. Carlos Alberto do Nascimento (AP5.2)**
 - Dra. Maria Luiza S. C. Aleixo
- **Pol. Lincoln de Freitas Filho (AP 5.3)**
 - Dra. Ana Carla Teixeira e Dr. José Francisco Batista Lage

PACIENTES COM HEPATITES VIRAIS CRÔNICAS B E C E DISFUNÇÃO HEPÁTICA E/OU AGRAVOS QUE AUMENTEM A MORBIDADE Para onde encaminhar?

Para os ambulatórios da rede hospitalar que possuem atendimento especializado em hepatites virais crônicas com vagas disponíveis no SISREG.

■ Hospital Federal da Lagoa (AP 2.1)

- Dra. Andrea Paranhos A. Gomes
- Dr. Marcelo de Souza Chagas

■ Hospital Universitário Gaffrée Guinle (AP2.2)

- Dr. Carlos Eduardo Brandão Mello

■ Hospital Federal de Bonsucesso (AP 3.1)

- Dr. Gustavo Pereira

Quais agravos podem aumentar a morbidade?

Pacientes com agravos associados que aumentam a morbidade necessitam de avaliação e acompanhamento especializado em unidades de atenção terciária (hospitalar), pela maior possibilidade de complicações e/ou internações. São exemplos destes agravos:

- Hepatocarcinoma e outras neoplasias
- Doença renal avançada
- Doença coronariana
- Doença psiquiátrica
- Vasculites
- Crioglobulinemia
- Hemoglobinopatias

PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS CRÔNICAS B E C E COINFECÇÃO PELO HIV

Como e Para onde encaminhar?

Inserir no SISREG em:

Consulta em Infectologia - Coinfecção HIV/Hepatites Virais

➤ **Hospital Universitário Pedro Ernesto**

- **Dra. Dirce Bonfim**

➤ **CMS João Barros Barreto**

- **Dra. Cydia Alves**
- **Dra. Luiza Carneiro Silva**

HEPATITES VIRAIS AGUDAS – Para onde encaminhar?

Os casos agudos de hepatite B (anti-HBc IgM reagente) ou de hepatite C, bem como qualquer caso suspeito de outras etiologias virais deverão ser inseridos no SISREG em:

Grupo de Atendimento Hepatites Virais

Consulta em Hepatologia: Hepatite Viral Aguda.

Quando necessário encaminhar o paciente com Urgência, entrar em contato com a Fiocruz e enviar com o mesmo uma breve história clínica e resultado de exames laboratoriais e de imagem se já tiver realizado.

HEPATITES VIRAIS AGUDAS – Para onde encaminhar?

Referências:

■ Ambulatório de Hepatites Virais da Fiocruz

Av. Brasil, 4365 – Pavilhão 108 – Térreo.

Tel.: 2562-1946, 2598-4224, 2562-1975 e 2562-1971

Responsável: Dra. Lia Laura Lewis Ximenez de Souza Rodrigues

Avaliação de indicação de tratamento de Hepatite C

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções pelo Ministério da Saúde, de julho 2015 a biópsia hepática deixa de ser a única forma de documentação de estadiamento de fibrose para avaliação quanto à indicação de tratamento específico.

Foram incluídos outros métodos não invasivos:

- **Elastografia hepática**
- **Cálculos dos Índices de APRI e FIB4 (metodologias validadas e recomendadas pela OMS desde abril de 2014);**

<http://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4>

<http://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>

BIÓPSIA HEPÁTICA/ELASTOGRAFIA HEPÁTICA **Para onde agendar?**

**No momento estamos aguardando
a contratualização de novos prestadores**

TERAPÊUTICA DA HEPATITE VIRAL B

Os medicamentos atualmente utilizados para o tratamento dos pacientes portadores de hepatite viral B aguda e crônica incluem:

interferon alfa, interferon peguilado alfa 2a e 2b,

lamivudina, tenofovir, entecavir e adefovir.

A decisão da terapêutica adequada a ser instituída é de competência dos especialistas nos Centros de Referência após avaliação individualizada. Cabe a atenção primária fazer o acompanhamento conjunto do usuário assistido pelo Serviço Especializado .

NOVA ERA NA TERAPÊUTICA DA HEPATITE VIRAL CRÔNICA C

**Publicado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e Coinfecções em julho de
2015**

Segue o link para visualização do mesmo:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58192/pcdt_capa_miolo_09_2015_baixa_pdf_31917.pdf

Novos Medicamentos Incorporados em 2015

Daclatasvir

Sofosbuvir

Simeprevir

Cronograma de Distribuição para os estados:

- Daclatasvir
- Sofosbuvir:
- Simeprevir

Investimento: R\$ 1 bilhão em 2015

Expectativa de atender 30.000 pacientes
nos próximos 12 meses

Indicações de tratamento imediato:

- **Fibrose Hepática avançada (METAVIR F3 ou F4)**
- **Biópsia hepática F2 há mais de três anos**
- **Coinfecção HIV/HCV**
- **Pré e pós-transplante de fígado e outros órgãos sólidos**
- **Algumas outras indicações muito específicas.**

QUADRO COMPARATIVO

PROTOCOLO ANTERIOR

- Posologia complexa
- Tratamento tóxico
- Restrições terapêuticas e interação medicamentosa
- 40 – 47% CURA
- 48 a 52 semanas (mais de um ano)
- 15821 tratamentos/ano

NOVO PROTOCOLO

- Posologia simples e oral
- Efeitos adversos mínimos
- Mínima interação medicamentosa
- > 90% CURA
- 12 a 24 semanas (de 3 a 6 meses)
- 30000 tratamentos/ano

Prescrição dos Medicamentos Usados na Terapia das Hepatites Virais B e C

**Sujeita a Avaliação e Autorização
de Medicamentos do Componente Especializado
da Assistência Farmacêutica (LME)**

adequadamente preenchido

www.saude.gov.br/ceaf

Documentos necessários para a solicitação de medicamentos para o tratamento de Hepatite C:

- **Cópia do Cartão Nacional de Saúde(CNS)**
- **Cópia do documento de Identificação RG;**
- **LME adequadamente preenchida;**
- **Prescrição médica devidamente preenchida;**
- **Cópia do comprovante de residência (exceto para população privada de liberdade e indígenas);**

Hepatite C Aguda

exames necessários para solicitação de medicamentos

- **Dois exames de anti-HCV, realizados com intervalo de 90 dias e que evidenciem a soroconversão; ou**
- **Exames anti-HCV e HCV-RNA quantitativo: realizados até 90 dias após o início dos sintomas ou da data da exposição; e**
- **Teste β -HCG para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos;**
- **Hemograma completo, creatinina sérica, TSH e T4 livre realizados até 3 meses antes da solicitação dos medicamentos.**

Hepatite C Crônica

exames necessários para solicitação de medicamentos

- **Anti-HCV reagente ou HCV-RNA quantitativo há mais de 6 meses;**
- **HCV-RNA quantitativo realizado até 3 meses, idealmente 30 dias, antes da solicitação do medicamento;**
- **Genotipagem realizado em qualquer momento;**
- **Eletrocardiograma realizado até 3 meses antes da solicitação dos medicamentos;**
- **Teste β -HCG para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos;**
- **Relatório médico que comprove a indicação de tratamento, conforme definido no novo PCDT;**
- **Hemograma completo, creatinina sérica, TSH e T4 livre para terapias que incluam alfapeginterferona: realizados até 3 meses antes da solicitação dos medicamentos.**

Comprovação da Indicação de Tratamento

Para os casos de Fibrose Hepática avançada:

- **Apresentação do cálculo dos escores APRI ou FIB4, acompanhado dos resultados dos exames AST, ALT e contagem de plaquetas até três meses antes da solicitação dos medicamentos; OU**
- **Elastografia hepática com resultados kPa em qualquer momento; OU**
- **Biópsia hepática com resultado em Metavir F3 ou F4, em qualquer momento.**

Para os casos de pacientes com Metavir F2 há mais de três anos:

- **Biópsia hepática com resultado Metavir F2 há mais de três anos.**

PARA COINFECÇÃO HCV/HIV

- **Número da ficha de notificação de Aids no SINAN.**

**Para os casos com evidência ecográficas
sugestivas de cirrose hepática:**

- **Ultrassonografia de abdome superior realizado até três meses antes da solicitação dos medicamentos;**
- **Endoscopia Digestiva Alta com sinais sugestivos de cirrose hepática (varizes de esôfago), realizada em qualquer momento**

Para manifestações extra-hepáticas com acometimento neurológico motor incapacitante, porfiria cutânea, líquen plano grave com envolvimento de mucosa, linfoma, gamopatia monoclonal, mieloma múltiplo e outras doenças hematológicas malignas, pós transplante de fígado, insuficiência hepática, glomerulonefrite, vasculites e poliarterite nodosa, crioglobulinemia com manifestação em órgão-alvo, insuficiência renal crônica e púrpura trombocitopênica idiopática:

- Relatório médico e exames ou documentos que comprovem a doença.**

Farmacovigilância

Na ocorrência de eventos adversos com os novos medicamentos, os mesmos devem ser notificados ao NOTIVISA ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

A ANVISA tem um sistema de notificação:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/cadastro.htm>

Após o cadastro como “profissional de saúde”, o mesmo deve entrar na página www.anvisa.gov.br e clicar no ícone “Notificação-NOTIVISA”. Ao clicar o notificador será remetido ao hotsite do sistema e poderá entrar no NOTIVISA com o e-mail e senha cadastrados, por meio do ícone “acesso ao sistema”

Notificar → Medicamento → Responder SIM à pergunta “houve dano à saúde?” → “Formulário de Notificação de Evento Adverso a Medicamento” é aberto para preenchimento

Farmacovigilância

Outros canais para comunicação de eventos adversos disponíveis para atendimento ao cidadão:

- **Central de atendimento da ANVISA
(ANVISA ATENDE 0800-642-9782)**
- **Ouvidoria (disponível no site da ANVISA)
www.anvisa.gov.br**

Simeprevir

- Não deve ser utilizado com os antirretrovirais efavirenz, nevirapina, etravirina, tenofovir e a classe de inibidores de protease.
- Não deve ser usada com carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, eritromicina, claritromicina, rifampicina, rifabutina, telitromicina, itraconazol, cetoconazol, posaconazol, fluconazol, voriconazol, dexametasona, cisaprida, erva de São João (*Hypericum perforatum*) e silimarina (*Silybum marianum*).
- Doses de alguns antiarrítmicos, bloqueadores de canais de cálcio, estatinas, inibidores da fosfodiesterase tipo 5 e sedativos/ansiolíticos – além da varfarina – devem ser ajustadas.

Sofosbuvir

- **Não deve ser coadministrado com rifampicina, rifabutina, rifapentina, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbamazepina, erva de São João (*Hypericum perforatum*) e alguns antiarrítmicos, como a amiodarona.**
- **Não se recomenda o tipranavir / ritonavir em associação ao sofosbuvir.**
- **Não se conhecem as interações do fármaco com anticoncepcionais hormonais.**

Daclatasvir

- **Não deve ser administrado com fenitoína, carbamazepina, oxcarbamazepina, fenobarbital, rifampicina, rifabutina, rifapentina, dexametasona sistêmica e erva de São João (*Hypericum perforatum*).**
- **Apresenta interação medicamentosa com antirretrovirais, merecendo ajustes da terapia antirretroviral.**
 - ✓ **Reduzir a posologia de daclatasvir para 30mg/dia quando coadministrado com atazanavir/ritonavir ou atazanavir/cobicistate.**
 - ✓ **Elevar a dose de daclatasvir para 90mg/dia quando administrado com efavirenz, etravirina ou nevirapina, (a apresentação de 30 mg já foi liberada pela Anvisa)**

Daclatasvir

- **A coadministração de daclatasvir com fármacos que são fortes indutores de CYP3A4 também está contraindicada.**
- **Cautela na coadministração de daclatasvir com antiarrítmicos (digoxina e outros substratos de P-gp), bloqueadores de canal de cálcio (diltiazem, nifedipina, amlodipina e verapamil) e inibidores da HMG-CoA redutase (rosuvastatina, atorvastatina, fluvastatina, sinvastatina, pitavastatina e pravastatina).**

Recomendações

- **Recomenda-se a prévia consulta de potenciais interações (U.S. Food and Drug Administration).**
- **Recomenda-se também evitar a coadministração com medicamentos sem a elucidação de interações medicamentosas.**
- **A pesquisa de interação medicamentosa com os novos medicamentos incluídos no último PCDT de Hepatite C e Coinfecções, pode ser feita através do aplicativo “Liverpool HEP iChart” (disponível para *download* no Play Store)**
- **Os pacientes que, porventura, tenham diagnóstico de tuberculose em vigência de terapia para hepatite C com os novos medicamentos, devem ser referenciados para o especialista a fim de serem avaliados quanto a instituição de terapia especial para tuberculose.**

IMUNIZAÇÃO

- **As orientações a seguir estão referenciadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES).**

Linha de Cuidado em Hepatites Virais



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – CRIANÇA

Idade	Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima	Local de aplicação
Ao nascer	BCG (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Formas graves da Tuberculose	-	Dose única	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	DD
	Hepatite B (recombinante) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite B	-	Dose inicial	Até 30 dias de vida	VLD
2 meses	Pentavalente - DTP/Hep B/Hib (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>	-	1ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE
	Poliomielite (VIP) (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Poliomielite ou Paralisia Infantil	-	1ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLD distal
	Pneumocócica 10 valente (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Pneumonia, Otite, Meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>	-	1ª dose	Até 11 meses e 29 dias	VLD proximal
	Rotavírus (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Diarreia por Rotavírus	-	1ª dose	Até 3 meses e 15 dias	ORAL
3 meses	Meningocócica C (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C	-	1ª dose	Até 11 meses e 29 dias	VLE
4 meses	Pentavalente - DTP/Hep B/Hib (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>	-	2ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE
	Poliomielite (VIP) (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Poliomielite ou Paralisia Infantil	-	2ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLD distal
	Pneumocócica 10 valente (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Pneumonia, Otite, Meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>	-	2ª dose	Até 11 meses e 29 dias	VLD proximal
	Rotavírus (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Diarreia por Rotavírus	-	2ª dose	Até 7 meses e 29 dias	ORAL
5 meses	Meningocócica C (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C	-	2ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – CRIANÇA

Idade	Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima	Local de aplicação
6 meses	Pentavalente - DTP/Hep B/Hib (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>	-	3ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE
	Poliomielite (VIP) (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Poliomielite ou Paralisia Infantil	-	3ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLD
12 meses	Tríplice viral (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Sarampo, Caxumba e Rubéola	-	1ª dose	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	DD
	Pneumocócica 10 valente (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Pneumonia, Otite, Meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>	Com 1 ou 2 doses	Reforço	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLD
	Meningocócica C (inativada) DOENÇAS EVITADAS: <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C	Com 1 ou 2 doses	Reforço	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE
		Não vacinada	Dose única		
15 meses	Tetra Viral (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Com 1 dose de Tríplice viral	2ª dose	Até 23 meses	DD
	Hepatite A (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite A	-	Dose única		VLD
	Tríplice bacteriana - DTP (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano e Coqueluche	Com 3 doses de Penta	1º reforço	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	VLE
	Poliomielite (VOP) (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Poliomielite ou Paralisia Infantil	Com 3 doses de VIP	1º reforço	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	ORAL
4 anos	Tríplice bacteriana - DTP (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano e Coqueluche	Com 3 doses de Penta + 1 reforço DTP	2º reforço	Até 6 anos, 11 meses e 29 dias	DE
	Poliomielite oral (VOP) (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Poliomielite ou Paralisia Infantil	Com 3 doses de VIP + 1 reforço VOP	2º reforço	Até 4 anos, 11 meses e 29 dias	ORAL
9 anos		Não vacinada	2 doses (0-6m)		
	HPV quadrivalente (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Câncer de colo de útero	Com 1 dose da vacina HPV quadrivalente	2ª dose	Até 13 anos	DE



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – ADOLESCENTE

Idade	Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima	Local de aplicação
10 a 19 anos	Hepatite B (recombinante) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite B	Com 3 doses	Não há reforço	-	-
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose	Sem limite de idade	DD
		Não vacinado	3 doses		
	Dupla adulto (toxóide) DOENÇAS EVITADAS: Difteria e Tétano	Com 3 doses de Penta/DTP/dT	Reforço, se última dose ≥ 10 anos	Sem limite de idade. 1 Reforço de 10 em 10 anos	DE
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose		
		Não vacinado	3 doses		
	Tríplice viral - SCR (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Sarampo, Caxumba e Rubéola	Com 2 doses feitas na infância	Não há dose adicional	-	-
		Com 1 dose	2ª dose	Até 49 anos	DD
		Não vacinado	2 doses		

Fonte: CPI/SVS/SUBPAV/SMS-Rio baseado no Calendário Nacional de Vacinação da CGPNI/MS

OBS: Vacina Papilomavírus: Idade de 09 a 13 anos, administrar esquema com duas doses (0, 6 meses)

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – ADULTO/ IDOSO

Idade	Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima	Local de aplicação
20 a 59 anos	Hepatite B (recombinante) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite B	Com 3 doses	Não há reforço	-	-
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose	Sem limite de idade	DD
		Não vacinado	3 doses		
	Dupla adulto (toxóide) DOENÇAS EVITADAS: Difteria e Tétano	com 3 doses de Penta/DTP/dT anteriormente	Reforço, se última dose ≥10 anos	Aplicar Reforço de 10 em 10 anos, sem limite de idade	DE
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose		
		Não vacinado	3 doses		
	Tríplice viral - SCR (atenuada) DOENÇAS EVITADAS: Sarampo, Caxumba e Rubéola	Com 2 doses SCR	Não há dose adicional	Até 49 anos. Acima dessa idade avaliar situação epidemiológica	-
		Com 1 dose na infância	2ª dose		DD
		Não vacinado	Dose única		
60 anos ou mais	Hepatite B (recombinante) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite B	Com 3 doses	Não há reforço	-	-
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose	Sem limite de idade	DD
		Não vacinado	3 doses		
	Dupla adulto (toxóide) DOENÇAS EVITADAS: Difteria e Tétano	com 3 doses de Penta/DTP/dT anteriormente	Reforço, se última dose ≥10 anos	Aplicar reforço de 10 em 10 anos	DE
		Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose		
		Não vacinado	3 doses		
	Influenza (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Influenza sazonal e H1N1	Independe	Dose anual	Renovar dose anual	DD
	Pneumocócia 23 valente (inativada) para idosos <u>asilados</u> DOENÇAS EVITADAS: Infecções causadas pelo Pneumococo	Com 2 doses	Não há dose adicional	-	DE
		1 dose com 5 anos ou mais	1 único reforço	-	
		Não vacinado	1ª dose	1 único reforço após 5 anos	

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – GESTANTE

Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima	Local de aplicação
dTpa tipo adulto / Dupla adulto (dT) (toxóide) DOENÇAS EVITADAS: Difteria, Tétano (acidental, neonatal) e Coqueluche (dTpa)	Com 3 doses de Penta/DTP/ dT/dTpa	1 reforço de dTpa adulto, em cada gestação (27ª-36ª semanas)*	a. A 2ª dose ou reforço, deve ser feita, preferencialmente, até 20 dias antes do parto. b. Agendar dose de reforço dTpa adulto, sempre que houver nova gestação	DE
	Com menos de 3 doses de Penta/ DTP/dT/dTpa	Completar o esquema com pelo menos 01 dose de dTpa adulto (27ª-36ª semanas)* e as demais doses com dT		
	Não vacinada	1ª e 2ª doses com dT e 3ª dose com dTpa adulto (27ª-36ª semanas), quando captada precocemente		
		1ª dose de dTpa adulto (27ª-36ª semanas)* e as demais com dT, quando captada mais tardiamente		
Hepatite B (recombinante) DOENÇAS EVITADAS: Hepatite B	Com 3 doses	Não há reforço	-	-
	Com menos de 3 doses	Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose	Sem limite de idade	DD
	Não vacinada	3 doses		
Influenza (inativada) DOENÇAS EVITADAS: Influenza sazonal e H1N1	Independente	Dose única, quando gestante	Renovar dose em cada gestação	DD

* Vacina dTpa adulto para gestante poderá ser feita a partir da 20ª semana em situações específicas de risco de prematuridade, conforme orientação médica.

VACINA CONTRA A HEPATITE A

Deve ser aplicada em crianças aos 15 meses de idade, podendo ser administrada até os 23 meses, em dose única.

- Está disponível no CRIE, através de encaminhamento médico para as demais faixas etárias nas seguintes situações (2 doses 0,5ml com intervalo de 6 meses):**
 - . hepatopatias crônicas de qualquer etiologia;**
 - . portadores crônicos das hepatites B ou C;**
 - . coagulopatias;**
 - . crianças menores de 13 anos com HIV/aids;**
 - . adultos com HIV/AIDS, portadores das hepatites B ou C;**

- . doenças de depósito (doenças genéticas);**
- . fibrose cística;**
- . trissomias (como síndrome de Down);**
- . imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora;**
- . candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes;**
- . transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;**
- . doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes;**
- . hemoglobinopatias (doenças do sangue).**

VACINA CONTRA A HEPATITE B

- **Faz parte do calendário de vacinação da criança, do adolescente e do adulto e está disponível nas salas de vacina do Sistema Único de Saúde (SUS),**
- **Ampliada a oferta para a população independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (fundamental a vacinação universal → aumento da expectativa de vida, aumento de frequência de atividade sexual, com resistência ao uso de estratégias de proteção).**
- **Contém antígeno de superfície do vírus da hepatite B purificado.**
- **As vacinas comercializadas no Brasil são produzidas por engenharia genética.**
- **A dose da vacina varia conforme o produto, a idade e a condição do receptor (se imunocompetente ou imunodeprimido).**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B

- **Consiste em 3 doses com intervalo de 1 mês entre a 1ª e a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0, 1, 6 meses).**
- **Prematuros menores que 33 semanas ou 2000 g devem receber uma dose extra com 2 meses de idade (0, 1, 2, 6 meses).**
- **Deve ser aplicada via IM em deltóide ou vasto lateral da coxa em crianças pequenas. Excepcionalmente pode ser aplicada via SC (condições hemorrágicas)**
- **Pode ser aplicada simultaneamente ou com qualquer intervalo com as outras vacinas do PNI.**

Tabela 17. Interpretação da sorologia da hepatite B e indicação de vacina

Interpretação	AgHBs	Anti-HBs	Anti-HBc IgM	Anti-HBc Total	Indicação de vacina
Suscetível	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Sim
Doença aguda	Positivo	Negativo	Positivo	Positivo	Não
Doença crônica	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Não
Imunidade por infecção passada	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Não
Imunidade por vacinação	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo	Não

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de Hepatites Virais. *Hepatites virais: o Brasil está atento*. Brasília, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/spe/areastecnicas/hepatites>. Acesso em: 1.º set. 2005.

Os Grupos Especiais abaixo devem receber esquemas diferenciados de Vacinação contra Hepatite B, conforme quadros anexados, a saber:

Renais crônicos e hemodialisados

Portadores de fibrose cística

Portadores de hepatopatia crônica, Vírus da Hepatite C

Doenças de depósito

Transplante de órgãos sólidos e pacientes com neoplasia e/ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia

Transplantados de medula óssea

Asplenia anatômica ou funcional, hemoglobinopatia e outras condições associadas a disfunção esplênica

Portadores de doenças hemorrágicas e politransfundidos e Pacientes HIV/AIDS

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Quadro 5. Vacinação contra hepatite B e seguimento recomendado para renais crônicos e hemodialisados

Grupos Especiais, se suscetíveis	Condição	Dose/Esquema	Seguimento	
Renais crônicos	Pré-diálise	Dose dupla em relação à recomendada para a mesma idade, conforme o produto, esquema de 4 doses: 0, 1, 2 e 6 meses.	Testar 1 a 2 meses após a última dose.	Repetir esquema uma vez para os sem resposta adequada.
	Hemodialisados	Dose dupla em relação à recomendada para a mesma idade, conforme o produto, esquema de 4 doses: 0, 1, 2 e 6 meses.	Testar 1 a 2 meses após a última dose.	Repetir esquema uma vez para os sem resposta adequada. Retestar anualmente os com resposta adequada e fazer reforço para os que apresentarem títulos menores que 10UI/mL na retestagem.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Quadro 6. Vacinação contra hepatite B em outros grupos especiais

Condição	Dose/Esquema	Sorologia pós-vacinação
Fibrose cística.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Não é necessária
Hepatopatia crônica, portadores de VHC.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Sim
Doenças de depósito tais como Gaucher, Nieman Pick, Mucopolissacaridoses tipo I e II, Glicogenoses.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Não é necessária
Transplante de órgãos sólidos e pacientes com neoplasias e ou que necessitem quimioterapia, radioterapia, corticoterapia.	4 doses com o dobro da dose para a idade, com esquema de 0/1/2 e 6 a 12 meses.	Sim
Transplantados de medula óssea.	4 doses com o dobro da dose para a idade com esquema de 0/1/2 e 6 a 12 meses.	Sim
Asplenia anatômica ou funcional, hemoglobinopatia e outras condições associadas à disfunção esplênica.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Não é necessária
Pacientes com doenças hemorrágicas e politransfundidos.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Sim
Profissionais de saúde.	3 doses com esquema de 0/1/6 meses.	Sim

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Tabela 10. Esquema para crianças <13 anos com HIV (este calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais ou epidemiológicas, sempre que necessário)

Idade (meses)	Vacina (n.º da dose)
0 (RN)	HB, BCG
1	HB
2	TETRA, VIP (ou VOP), Pnc7, VORH, MncC
4	TETRA, VIP (ou VOP), Pnc7, VORH, MncC
6	HB, TETRA, VIP (ou VOP), Pnc7, MncC, INF
12	HB, HA, VZ, SCR, Pnc7
15	TETRA, VIP (ou VOP), VZ
18	HA
24	Pn23
48	SCR
60	DTP, VIP (ou VOP), Pn23

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV*. Brasília, 2002.

Criança exposta: criança nascida de mãe HIV positiva no período que antecede a definição diagnóstica devido à presença de anticorpos maternos circulantes da classe IgG anti-HIV. Devem receber o mesmo esquema da tabela acima até definição do diagnóstico.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais

Tabela 11. Esquema vacinal para adolescentes ≥ 13 anos e adultos infectados com HIV

Vacina	Esquema
Hib	2 doses com intervalo de 2 meses nos menores de 19 anos não-vacinados.
Pn23	2 doses com intervalo de 5 anos, independente da idade.
HB	4 doses, aos 0, 1, 2, 6 a 12 meses com o dobro da dose.
SCR*	Aplicar conforme tabela 13.
VZ*	Não há dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica e, se necessário, aplicar conforme tabela 13.
FA*	Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica e epidemiológica da região e, se necessário, aplicar conforme tabela 14.
INF	Aplicar anualmente, de acordo com as indicações do Ministério da Saúde.
HA	Aplicar 2 doses com intervalo de 66 meses nos portadores de vírus de hepatite B ou C ou nos hepatopatas crônicos.
dT	3 doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos; gestantes devem seguir o calendário habitual.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV*. Brasília, 2002.

*Contra-indicada em gestantes.

IMUNOGLOBULINA HUMANA PARA HEPATITE B - HBIG

Indicações:

- **Prevenção da transmissão perinatal do vírus da hepatite B;**
- **Prevenção de transmissão por acidente com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção pelo HBV;**
- **Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;**
- **Vítimas de abuso sexual;**
- **Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que vacinados.**

Transmissão Vertical do HBV

- **Pode ocorrer durante a infecção materna aguda ou crônica**

A infecção não fulminante pelo HBV não interfere na evolução da gestação e nem a gravidez piora a evolução da doença.

Infecção Materna Aguda: não aumenta mortalidade materna e nem teratogenicidade no feto. Há relatos de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte fetal ou perinatal (possivelmente pela associação com o uso de drogas ilícitas). Risco de transmissão ao RN no 1º trim < 10%, se no 2º/3º trim risco se eleva a mais de 60%.

Transmissão Vertical do HBV

Infecção Materna Crônica, na ausência de cirrose ou hepatocarcinoma, tem pouca influência no curso da gestação e vice-versa.

Gestante HBsAg (+) / HBeAg (+) → risco de 90% de transmissão sem imunoprofilaxia no parto. O risco reduz para 5-10% com a administração de imunoprofilaxia adequada

Gestante HBsAg (+) / HBeAg (-) → risco de transmissão de 10-40% sem a imunoprofilaxia adequada

Transmissão Vertical do HBV

- **Mandatário investigar infecção por HBV na gestante no 1º trimestre ou quando iniciar o pré-natal**

Gestante HBsAg (-) → Vacinação de hepatite B em qualquer trimestre da gestação

Gestante HBsAg (+) → Assegurar administração de vacina e Imunoglobulina de Hepatite B ao RN

Gestantes não investigadas → Realizar HBsAg no momento da admissão para o parto (teste rápido ou imunoensaio)

- **Mulheres expostas ao HBV em qualquer idade gestacional, se não imunizadas deverão receber vacina e Imunoglobulina para Hepatite B**

Conduta Obstétrica e Profilaxia na Transmissão Vertical do HBV no Parto

- **Não se recomenda especificar o tipo de parto.**
- **Administrar Imunoglobulina contra o HBV e a vacina de hepatite B ao neonato por via IM em locais de aplicação diferentes (músculos distintos) nas primeiras 12 horas de vida, independente de peso ou idade gestacional.**
- **Dose de HBIG preconizada: dose única de 0,5 ml IM no músculo vasto lateral (ou 0,06 ml/kg – máximo 5 ml para as demais idades), as maternidades são responsáveis pela aquisição da HBIG;**

Conduta Obstétrica e Profilaxia na Transmissão Vertical do HBV no Parto

- **Dose da vacina preconizada: 0,5 ml IM no músculo vasto lateral do outro membro. Se RN com menos de 2 kg, mais uma dose da vacina é acrescentada ao esquema normal, administrada no 2º mês e após 30/60 e 180 dias – totalizando 4 doses.**
- **O esquema vacinal segue o calendário básico da criança (1ª dose ao nascer, e 2ª, 3ª, 4ª doses em regime de vacina pentavalente aos dois, quatro e seis meses (DTP + HiB + HB). A segunda e terceira doses da vacina devem seguir o calendário básico vacinal (normal, isto é, aos trinta dias e aos seis meses de idade, respectivamente.**

Conduta na Gestante HBsAg desconhecido

Recomenda-se administrar a vacina de hepatite B e a HBIg concomitante dentro dos primeiros 7 dias de vida do RN.

Seguimento a Criança Exposta ao HBV

- Não se recomenda pesquisa imunológica com anti-HBc no RN, pois esse marcador atravessa a barreira placentária;
- Crianças que receberam a imunoprofilaxia ao nascimento devem realizar pesquisa de HBsAg e anti HBs entre nove e 18 meses de idade, após a última dose de vacina para hepatite B;
- Crianças vacinadas contra Hepatite B:

Se anti-HBs > 10 mUI/ml → imunização adequada.

Se anti-HBs < 10 mUI/ml → realizar novo esquema de vacinação com três doses → repetir anti-HBs um a dois meses após a última dose da vacina. Caso continuem negativos, não deverão ser revacinados, pois provavelmente não responderão.

Se HBsAg reagente → considerar falha de imunização e portadoras de infecção pelo HBV → encaminhar para Centro de Referência.

Gestação X Vírus da Hepatite C

- Não há evidências de piora da doença hepática durante a gestação.
- Os medicamentos usados no tratamento de hepatite C aguda e crônica são teratogênicos (interferon convencional, interferon peguilado, ribavirina) ou não possuem dados que comprovem segurança de uso na gestação (sofosbuvir, daclatasvir, simeprevir).
- Se diagnosticada gestação em vigência do tratamento, o mesmo deverá ser suspenso. Pacientes em tratamento devem realizar testes de gravidez com periodicidade e utilizar contracepção de barreira.
- Após o tratamento deve-se evitar gestação pelos próximos 6 meses.

Transmissão Vertical do Vírus da Hepatite C

- **Principal fonte de infecção pelo HCV em crianças: taxas de 1% a 19,4% → variáveis: fatores geográficos, gravidade da doença e altos títulos de HCV-RNA, comorbidades como coinfeção pelo HIV ou presença de monócitos infectados pelo HCV em sangue periférico.**
- **Não se recomenda a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal → baixos índices de detecção deste agravo em gestante, inexistência de imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical de hepatite C.**
- **Gestantes com os seguintes fatores de risco devem realizar a sorologia: infecção pelo HIV, ausência de infecção pelo HIV e uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusões ou transplantes antes de 1993, mulheres submetidas a hemodiálise, aquelas com aumento de aminotransferases e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.**

Transmissão Vertical do Vírus da Hepatite C

- **Não há via de parto preferencial com o objetivo de prevenir a transmissão vertical.**
- **Deve-se evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas para minimizar a transmissão vertical.**

Seguimento de Crianças Nascidas de Mães HCV reagentes

- **Anti-HCV reagente na criança até os 15 meses de idade → pode não indicar necessariamente infecção (os anticorpos IgG podem atravessar passivamente a barreira placentária).**
- **Anti-HCV reagente após os 15 meses de idade → foram produzidos pela própria criança indicando exposição.**
- **A DETECÇÃO DO HCV-RNA É NECESSÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO VIRAL NA TRANSMISSÃO VERTICAL.**
- **HCV-RNA deve ser realizado em duas ocasiões no primeiro ano de vida, a partir dos três meses de idade, com intervalo de seis a 12 meses → dois resultados negativos afastam infecção pelo HCV em crianças.**
- **Recomenda-se realizar o teste anti-HCV a partir de 18 meses de idade.**

Orientações quanto ao Aleitamento Materno

- O HBsAg pode ser encontrado no leite materno de mães HBsAg positivas; no entanto, a amamentação não traz riscos adicionais para os seus recém-nascidos, desde que tenham recebido imunoprofilaxia adequada (primeira dose da vacina e imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida).
- Embora o HCV tenha sido encontrado no colostro e no leite maduro, não há evidências conclusivas até o momento de que o aleitamento acrescente risco à transmissão do HCV, exceto na ocorrência de fissuras e sangramentos nos mamilos e na coinfeção HIV.

Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE

- **Quem pode ser atendido:** Adultos e crianças portadores de quadros clínicos especiais, conforme indicações do Manual dos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais – 2006, do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, independente do município de residência.
- **Endereço:** Hospital Municipal Rocha Maia
Rua General Severiano, 91 – Botafogo
Tel: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203
- **Horário de Funcionamento:** 08:00 – 17:00 horas de segunda à sexta-feira.
- **Como agendar uma consulta para avaliação de EAPV:** Por telefone: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203, por e-mail: criesmsdc@gmail.com ou pessoalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 3ª edição, Brasília-DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções**. Brasília-DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Suplemento 1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções. Manejo do Paciente Infectado Cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e Fibrose Avançada**. Brasília-DF, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Suplemento 2. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções. Genótipo 1 do HCV e Fibrose Avançada.** Brasília-DF, 2013.
- PREFEITURA DO RIO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde – SUBPAV. **SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais,** 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília-DF, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções.** Brasília-DF, 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta No. 93/2015 – DDAHV/SVS/MS, DAF/SCTIE/MS E GGMON/SUCOM/ANVISA.** Brasília-DF, 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta No. 121/2015** – DDAHV/SVS/MS. Brasília-DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico Para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta No. 149, de 2015** – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Brasília-DF, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Ofício Circular No. 15/2016** - CLAB/DDAHV/SVS/MS. Brasília-DF, 2016.

Linha de Cuidado em Hepatites Virais



OBRIGADA!!

Equipe:

Coordenadora de Doenças Transmissíveis:

Patrícia Durovni

Gerente do Programa de Hepatites Virais:

Marcia Zattar - zattarmarcia@gmail.com

Técnicos do Programa de Hepatites Virais:

Paula Cristina Pereira Dias

Isabel Ventapane

Contato: 3971-1665 e 3971-1664