



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO
CIB.RR Nº 17/2018

OS COORDENADORES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando a necessidade de organização os serviços de saúde pública e a garantia do acesso precoce ao diagnóstico de Hepatites Virais;

Considerando Manual Técnico para Diagnósticos das Hepatites Virais, publicado em 2018;

Considerando ainda, consenso entre a Gestão Estadual e as Municipais através da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RR) em 7 de novembro de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Fluxo Estadual para o Diagnóstico das Hepatites Virais, conforme Nota Técnica anexa a esta RESOLUÇÃO;

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado-RR.

Boa Vista (RR), 7 de novembro de 2018.


ANTONIO LEOCÁDIO VASCONCELOS FILHO
Secretário Adjunto de Estado da Saúde de Roraima
Coordenador da CIB Roraima


HELENILSON JOSÉ SOARES BONIARES
Secretário de Saúde de Amajari
Presidente do COSEMS/RR

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
Nº 3363 de 07/11/18



COMISSÃO INTERGESTORES BIPA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO RESOLUÇÃO CIB/RR Nº 17/2018
NOTA TÉCNICA NCHV/DVE/CGVS/SESAU Nº 002/2018

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2018.

ASSUNTO: REDEFINIÇÃO DO FLUXO DE DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS NO SUS

Com o objetivo de propiciar à população o acesso precoce ao diagnóstico, bem como a racionalização no uso dos recursos públicos, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) elaborou o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, direcionado aos serviços de saúde das redes pública e privada.

A segunda edição do Manual Técnico, publicado no dia 22 de agosto de 2018, conta com fluxogramas para o diagnóstico laboratorial das hepatites A, B e C, além de orientações para o diagnóstico das hepatites virais não ABC. O manual destaca o uso da testagem rápida como estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico das hepatites B e C, além da complementação diagnóstica realizada por biologia molecular, HBV-DNA quantitativo e HCV-RNA quantitativo, respectivamente.

A referida mudança considera protocolos de diagnóstico internacionais, que preconizam o diagnóstico rápido das hepatites virais e o encaminhamento oportuno das pessoas infectadas para o tratamento. Diante das recomendações, a solicitação do teste molecular, antes centralizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), agora também poderá ser realizada pelos médicos da atenção primária à saúde e rede de atenção hospitalar.

A solicitação da Carga Viral do Vírus da Hepatite B (HBV-DNA Quantitativo) e Carga Viral do Vírus da Hepatite C (HCV-RNA Quantitativo) deve ser realizada através de Formulários de Solicitação Específicos (Anexos I e II), mediante a apresentação do **laudo de teste rápido REAGENTE** ou **sorologia indicando Suspeita de Hepatite B oculta**, emitido em até 30 dias, anexo ao formulário. Os fluxogramas para diagnóstico da Hepatite A, Hepatite B e Hepatite C estão descritos nos anexos III, IV e V, respectivamente.

Os casos identificados nas unidades de saúde da atenção primária à saúde devem ser encaminhados ao LACEN/RR com a finalidade de coletar amostra para quantificação do HBV-DNA HCV-RNA, conforme calendário de coleta emitido semestralmente por esta Unidade Laboratorial (ANEXO VI).

As amostras de Biologia Molecular para as Hepatites B e C de **pacientes internados** nas Unidades Hospitalares devem ser coletadas pela equipe da unidade e enviadas ao LACEN/RR, de acordo com Protocolo de envio de Amostras para Biologia Molecular estabelecido pelo LACEN/RR.

Os municípios que apresentarem a intenção de descentralizar a coleta de amostra para Biologia Molecular das Hepatites B e C devem entrar em contato com LACEN/RR para verificarem a possibilidade de adequação nos critérios para coleta e envio de amostra.

Elaboração:



COMISSÃO INTERGESTORES BIPA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- **Jacqueline de Aguiar Barros** - Técnica do Departamento de Vigilância Epidemiológica/CGVS/SESAU
- **Juliana Cristina Ferreira** - Técnica do Laboratório de Hepatites Virais/LACEN/CGVS/SESAU

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais** – Brasília: Ministério da Saúde, 121 P., 2016.

De acordo,

Luciana C. Grisoto
Diretora do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
DVE/CGVS/SESAU/RR



COMISSÃO INTERGESTORES BIPA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO I – DA NOTA TÉCNICA



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário de solicitação
Carga Viral do Vírus da Hepatite B

DADOS DA INSTITUIÇÃO						
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNES*			
INFORMAÇÕES BÁSICAS						
3. CNS do(a) paciente		Nome completo do(a) usuário(a)*		7. Preferência de identificação*		
		5. Oficial		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		
4. Data de nascimento*		6. Social		8. Sexo*		
				<input type="checkbox"/> 1-Feminino <input type="checkbox"/> 2-Masculino		
9. Nacionalidade		10. Raça/Cor		11. Etnia	12. Nome da mãe*	
		<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-não informado 7-ignorada				
13. Número da identidade		14. CPF		15. Logradouro*		
16. Número*	17. Complemento	18. Bairro	19. Município*	20. Cód. IBGE	21. UF*	22. CEP*
23. Telefone		24. País	25. Prontuário	26. Gestante*	27. Escolaridade (em anos)	
()				<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais / 6. não informada / 7. ignorado	
28. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)					29. CPF do(a) responsável	
30. Código do procedimento		31. Nome do procedimento				
02.13.01.020-8		Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)				
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO						
32. Data 1ºs sintomas		33. Idade gestacional		34. Motivo do exame*		
/ /		<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre / 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical		
35. Estágio da doença (CID)			36. Tratamento		37. Data de início da terapia	
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B16) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) <input type="checkbox"/> 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)			<input type="checkbox"/> Alfainterferona <input type="checkbox"/> Alifepinterferona (PEG-IFN) <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> ETV <input type="checkbox"/> 3TC <input type="checkbox"/> ADF		/ /	
38. Comorbidades (CID)					39. Data do diagnóstico	
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)					/ /	
40. Nome do profissional solicitante*			41. Registro do conselho profissional*		42. Assinatura e Carimbo*	
			Conselho/UF/Nº: / /			
43. Data da solicitação*		44. CPF do profissional*				
/ /						
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA						
45. Nome da instituição*			46. Data da coleta*		47. Hora da coleta*	
			/ /		:	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
48. Nome da instituição*			49. CNES*	50. Data do recebimento*	51. Hora do recebimento*	
				/ /	:	
Carga Viral	52. Solicitação do exame*		53. Identificador da amostra*	54. Responsável*		55. Data do resultado*
	/ /					/ /
56. Material biológico*		57. Volume da amostra	58. Nº de cópias	59. Log	60. Técnica*	

* Preenchimento obrigatório.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO II – DA NOTA TÉCNICA



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário de solicitação
Carga Viral do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão) *				2. CNES*	
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
3. CNS do paciente		Nome completo do usuário*		7. Preferência de identificação*	
		5. Oficial		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social	
4. Data de nascimento*		6. Social		8. Sexo*	
				<input type="checkbox"/> 1-Feminino <input type="checkbox"/> 2-Masculino	
9. Nacionalidade		10. Raça/Cor		11. Etnia	12. Nome da mãe*
		<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-não informado 7-ignorada			
13. Número da identidade		14. CPF		15. Logradouro*	
16. Número*	17. Complemento	18. Bairro	19. Município*	20. Cód. IBGE	21. UF*
23. Telefone	24. País	25. Prontuário	26. Gestante*	27. Escolaridade (em anos)	
()			<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	<input type="checkbox"/> 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 / 7. ignorado	
28. Nome do responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz)					29. CPF do responsável
30. Código do procedimento		31. Nome do procedimento			
02.02.03.108-0		Quantificação de RNA do vírus da hepatite C			
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DE TALHES DO AGRAVO					
32. Data 1 ^o s sintomas		33. Idade gestacional		34. Motivo do exame*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1. 1 ^o trim. / 2. 2 ^o trim. <input type="checkbox"/> 3. 3 ^o trim. / 4. ignorado 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical	
35. Estágio da doença (OD)		36. Data do diagnóstico		37. Tratamento	
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite C crônica (B18.2)		/ /		<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona (PEG-IFN) <input type="checkbox"/> Boceprevir <input type="checkbox"/> Telaprevir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir <input type="checkbox"/> Simeprevir <input type="checkbox"/> Daclatasvir <input type="checkbox"/> Ombitasvir/Veruprevir/Ritonavir+Dasabuvir	
38. Início da terapia		39. Comorbidade (OD)			
/ /		<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B (B18.1) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)			
40. Biópsia hepática		41. APRI	42. FIB-4	43. Elastografia hepática (kPa)	
<input type="checkbox"/> 1. F0 2. F1 3. F2 4. F3 5. F4					
44. Sinais clínicos ou outras evidências					
45. Nome do profissional solicitante*			46. Registro da conselho profissional*		47. Assinatura e Carimbo*
			Conselho/UF/Nº:		
48. Data da solicitação*			49. CPF do profissional*		
/ /					
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
50. Nome da instituição*				51. Data da coleta*	52. Hora da coleta*
				/ /	:
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
53. Nome da instituição*			54. CNES*	55. Data do recebimento*	56. Hora do recebimento*
				/ /	:
Carga Viral	57. Solicitação do exame*	58. Identificador da amostra*	59. Responsável*		60. Data do resultado*
	/ /				/ /
61. Material biológico*	62. Volume da amostra	63. Nº de cópias	64. Log	65. Técnica	



COMISSÃO INTERGESTORES BIPA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO III – DA NOTA TÉCNICA
FLUXO DE DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E TRATAMENTO DA HEPATITE A



