

**PROTOCOLO DE ABORDAGEM DO  
PACIENTE COM HEPATITE VIRAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

## ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO -----	3
II – PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS -----	3
III – DIAGNÓSTICO -----	6
IV – TRATAMENTO -----	9
V - CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA ----	9
VI – REFERÊNCIAS PARA ATENDIMENTO -----	10
VII - INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS -----	10
VIII – NOTIFICAÇÃO -----	10
ANEXO 1 - ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA SOROLÓGICA DE HEPATITES VIRAIS -----	11
ANEXO 2 – FLUXO DE ABORDAGEM DO PACIENTE COM HEPATITE AGUDA ---	12
ANEXO 3 – FLUXO DE ABORDAGEM DO PACIENTE COM HEPATITE CRÔNICA -	13

## I - INTRODUÇÃO

As hepatites virais são infecções do fígado causadas por vírus e constituem importante problema de saúde pública. Podem ser causadas por agentes hepatotrópicos, onde o fígado é o órgão alvo da replicação viral (ex: vírus da hepatite A, da hepatite B, etc...) e por agentes não-hepatotrópicos (ex: vírus da rubéola, caxumba, herpes, febre amarela, etc...). Este texto tem o objetivo de introduzir o tema das hepatites virais por vírus hepatotrópicos numa abordagem clínica inicial.

## II - PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS

### 1 - HEPATITE A

Inflamação hepática decorrente da infecção pelo vírus da hepatite A (HAV). ***A infecção pelo HAV não cronifica e, portanto, não está associada a hepatite crônica.***

#### 1.1 - Transmissão

O HAV é eliminado em grande quantidade nas fezes duas semanas antes e até uma semana depois do início do quadro clínico; o vírus também pode ser encontrados no sangue e na saliva, em menores concentrações. A forma de transmissão mais comum é fecal-oral, através da ingestão de alimento ou água contaminados, ou de pessoa para pessoa nos contatos sexuais ou intra-domiciliares.

#### 1.2 - Quadro clínico

O período de incubação varia de 2 a 6 semanas. A forma icterica ocorre em 5% a 10% dos indivíduos menores de 6 anos e em 70 a 80% dos adultos. Na fase aguda, cerca de 20% dos pacientes sintomáticos necessitam de hospitalização. Pode ocorrer um quadro de hepatite fulminante em 0,1% dos casos. A letalidade por hepatite A aguda é baixa (0,3%), sendo porém mais alta (1,8%) em pessoas maiores de 49 anos.

### 2 - HEPATITE B

Inflamação hepática secundária à infecção pelo vírus da hepatite B (HBV). A infecção pelo HBV pode cronificar e suas principais complicações são a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular. As taxas de cronificação variam com a idade do indivíduo no momento da infecção, sendo de cerca de 5-10% para adultos e 90% nos neonatos.

## **2.1 - Transmissão**

A transmissão, na maioria das vezes, se dá por exposição de mucosas aos fluidos corporais infectados (sangue, saliva, sêmen, secreções vaginais) ou percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea ou intradérmica). A transmissão intra-familiar, na infância, é comum em áreas de maior endemicidade.

Na mulher grávida, é importante salientar a possibilidade de ocorrer a transmissão materno-fetal (transmissão vertical). Como a profilaxia da transmissão vertical é muito eficiente, é de suma importância a testagem de toda gestante durante o pré-natal.

## **2.2 - Quadro clínico**

O período de incubação da Hepatite B aguda varia de 15 a 180 dias.

Nos pacientes sintomáticos, a hepatite B usualmente evolui nas seguintes fases:

- **fase prodrômica:** sintomas inespecíficos de anorexia, náuseas e vômitos, alterações do olfato e paladar, cansaço, mal-estar, artralgia, mialgias, cefaléia e febre baixa. A grande maioria dos pacientes vai apresentar somente estes sintomas inespecíficos e não evoluirão para a fase icterícia.
- **fase icterícia:** ocorre em apenas 30% dos indivíduos. Inicia-se após 5 a 10 dias da fase prodrômica, caracterizando-se pela redução na intensidade dos sintomas e ocorrência de icterícia. Colúria precede esta fase por 2 ou 3 dias.
- **fase de convalescença:** a sintomatologia desaparece gradativamente, geralmente em 2 a 12 semanas.

## **3 - HEPATITE C**

A hepatite C é causada por um vírus denominado VHC (vírus da hepatite C). A infecção pelo VHC é menos freqüente do que a do tipo B, mas apresenta elevada taxa de cronificação (80% dos casos). Assim como a hepatite B, os casos de hepatite C crônica podem evoluir para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.

### **3.1 - Transmissão**

A transmissão do VHC ocorre através de contato com sangue e hemoderivados contaminados (principalmente indivíduos que receberam hemotransfusão antes de 1993); uso de drogas ilícitas (compartilhamento de seringas ou de material utilizado na aspiração da droga); tatuagem e *piercing* com instrumentos contaminados; manipulação de material perfuro-

cortante contaminado com material biológico; hemodiálise (pelo compartilhamento de materiais contaminados).

A transmissão através de relação sexual é rara, porque os níveis do vírus nas secreções genitais são baixos.

A transmissão na gestação ou parto pode ocorrer, mas o risco é menor do que a transmissão do HIV e do HBV. Não existe profilaxia eficaz para prevenir a transmissão vertical.

É importante destacar que em um percentual significativo dos casos não se consegue detectar a via de infecção.

### **3.2 - Quadro clínico**

O período de incubação varia de 2 semanas a 6 meses, com média de 80 dias.

Os sintomas da fase aguda da infecção pelo VHC são leves ou ausentes; quando acontecem, podem incluir fadiga, anorexia e náuseas. A forma icterica ocorre em menos de 20% dos pacientes.

Os sintomas da infecção crônica em sua fase inicial também são leves. Na fase crônica, pode haver fadiga, mal-estar, mialgia, hiporexia, náuseas. Pacientes com doença mais avançada que apresentem cirrose hepática vão apresentar sintomas relacionados à insuficiência hepática.

Como os sintomas são leves e inespecíficos, a infecção pelo VHC muitas vezes é diagnosticada acidentalmente durante exames de sangue de rotina (elevação de transaminases e/ou plaquetopenia) ou nos exames de triagem para doação de sangue.

Até 20% dos pacientes com doença crônica progridem para a cirrose, 20 a 25 anos após a infecção inicial. Cerca de 10% a 20% dos pacientes com cirrose podem evoluir para o câncer de fígado em um período médio de 10 anos.

## **4 - HEPATITE D**

O vírus da hepatite D (VHD) é incapaz de produzir seu próprio envelope protéico e de infectar uma pessoa. Portanto, o VHD precisa utilizar o HBsAg do vírus da hepatite B para realizar sua replicação. As formas de transmissão do VHD são as mesmas do VHB, ambas com transmissão através de sangue contaminado ou contato sexual. A hepatite D pode evoluir para cronificação. A infecção pelo vírus da Hepatite D é rara na região Sudeste, sendo mais freqüente na região Amazônica.

## **5 - HEPATITE E**

A hepatite E é pouco freqüente em nosso meio. Apresenta transmissão fecal-oral com a infecção ocorrendo através da ingestão de água e alimentos contaminados. A transmissão direta de uma pessoa para outra é rara.

As manifestações clínicas, quando surgem, podem ocorrer de 15 a 60 dias após o contato com o vírus da hepatite E. A evolução da doença em geral é benigna, com icterícia, mal estar, perda do apetite, febre baixa, dor abdominal, náuseas, vômitos e urina escura. Menos freqüentemente podem surgir diarreia e artralgia. Não ocorre cronificação.

### **III - DIAGNÓSTICO**

Os quadros clínicos agudos das hepatites virais são muito diversificados, variando desde formas subclínicas ou oligossintomáticas (mais freqüentemente) até formas fulminantes (raramente). A maioria dos casos cursa com predominância de fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral e adinamia. Nos pacientes sintomáticos podem estar presentes icterícia, colúria e hipocolia fecal.

#### **a) Detecção de lesão hepatocelular nas hepatites virais agudas:**

- as aminotransferases (alanina-aminotransferase (ALT ou TGP) e aspartato- aminotransferase (AST ou TGO)) estão elevadas, geralmente encontrando-se acima de 500 U/L.
- a bilirrubina total pode elevar-se, alcançando níveis entre 5 e 20 mg %.
- a fosfatase alcalina geralmente está aumentada.

#### **b) Definição do agente etiológico:**

O diagnóstico etiológico das hepatites virais é realizado por meio dos marcadores sorológicos, pois não existem manifestações clínicas ou padrões de evolução patognomônicos dos diferentes tipos virais. A rotina para diagnóstico de hepatites virais agudas da Prefeitura de Belo Horizonte a ser seguida pelo Laboratório Central será a seguinte: devido à sua maior prevalência nos quadros de hepatite aguda, o marcador específico para hepatite A aguda (Anti-HAV-IgM) será o único marcador realizado inicialmente. Caso o exame seja reativo, dar-se-á por encerrada a investigação laboratorial. Caso o exame tenha resultado não-reativo, dar-se-á prosseguimento ao fluxo com a realização dos marcadores para hepatite B (HBsAg e Anti-HBc-total). Caso o Anti-HBc-total seja reativo, realizar-se-á, então, o marcador sorológico para hepatite B aguda (Anti-HBc-IgM).

#### **b.1) Interpretação dos resultados sorológicos da infecção pelo vírus da Hepatite A:**

- Anti-HAV IgM positivo: infecção recente ou subaguda pelo HAV. Diante de um paciente com manifestações clínico-laboratoriais sugestivos de hepatite aguda, este resultado permite-nos afirmar que o vírus da hepatite A é o possível responsável pelo quadro do paciente.
- Anti-HAV IgM negativo: ausência de infecção recente ou subaguda. Pode-se concluir que o HAV não é o responsável pelo quadro de hepatite aguda do paciente.

***Não é necessária a realização do Anti-HAV IgG para investigação de casos de hepatite aguda.*** Este exame avalia exposição ao vírus da hepatite A no passado e, portanto, só é realizado para avaliação de susceptibilidade ao vírus. Lembrar que o vírus da hepatite A não cronifica e a positividade do exame significa imunidade ao HAV. Este exame deve ser solicitado apenas em serviços de referência quando for necessária a indicação de vacinação contra hepatite A (portador de hepatopatia crônica, portador de HIV, pacientes politransfundidos).

### **b.2) Interpretação dos resultados sorológicos da infecção pelo vírus da Hepatite B:**

- o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) é o primeiro marcador a aparecer, geralmente precedendo as manifestações clínicas. Está presente também no portador crônico e quando presente na mulher grávida, representa risco de transmissão vertical.
- anticorpos tipo IgM contra o antígeno core do vírus da hepatite B (anti-HBc IgM) aparece no início da hepatite clínica e é um marcador de infecção aguda ou subaguda. A única indicação deste exame é na investigação de casos de hepatite aguda.
- anticorpos tipo IgG contra o antígeno core do vírus da hepatite B (anti-HBc total) pode permanecer positivo para o resto da vida, indicando exposição prévia ao vírus. A positividade deste marcador isoladamente não indica infecção crônica.
- o antígeno “e” do vírus da hepatite B (HBeAg) é detectado logo após o aparecimento do HbsAg e sua presença indica replicação viral ativa. Sua positividade se verifica entre a 8ª e a 12ª semanas após a infecção. Este marcador pode estar negativo na infecção crônica, geralmente indicando um melhor prognóstico.
- o anticorpo superficial do vírus da hepatite B (anti-HBs) pode aparecer tardiamente na fase convalescente, e sua presença em altos títulos indica imunidade. Também é marcador de resposta imune à vacinação. **Este exame deve ser solicitado apenas em serviços de referência para pacientes com hepatite B crônica ou avaliação da resposta vacinal.**

**Tabela 1. Interpretação dos marcadores sorológicos para infecção pelo VHB.**

HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc total	Anti-HBe	Anti-HBs	Interpretação diagnóstica
Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg	Infecção aguda
Pos (>6 m)	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg	Infecção crônica com alta replicação viral
Pos (>6 m)	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg	Infecção crônica sem ou com baixa replicação viral *
Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos	Imunidade após hepatite B
Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos	Imunidade após hepatite B
Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos (>10)	Imunidade após vacina contra hepatite B
Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Ausência de contato prévio
Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg	Provável cicatriz sorológica

\* pode haver alta replicação viral em casos de HBV com mutação pré-core.

**Observação importante:** Na maioria das situações acima descritas não há a necessidade de solicitar todos os marcadores listados na tabela. Os exames a serem solicitados em cada situação variam e o médico deve seguir as orientações do fluxo contido neste protocolo

### **b.3) Marcadores da infecção pelo vírus da Hepatite C:**

- Anti-HCV: não permite diferenciar infecção atual ou pregressa. Pacientes com este exame positivo devem ser encaminhados para serviço de referência para realização de pesquisa do RNA-HCV através de exame de biologia molecular (PCR qualitativo) para definição de infecção ativa.

### **c) Avaliação da cronificação da infecção nas hepatites virais**

A infecção crônica pelo HBV é definida pela presença persistente, por mais de 6 meses, do antígeno viral (HBsAg).

A infecção crônica pelo HCV é definida pela detecção do RNA do HCV através de técnicas de biologia molecular, 6 meses após o diagnóstico da infecção (este exame só é realizado em serviços de referência).

Pacientes com hepatite B crônica ou com sorologia positiva para HCV (anti-HCV) devem ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (vide abaixo lista com referências).

Nos casos de hepatite viral crônica, a biópsia hepática estará indicada em algumas situações e permitirá avaliação da atividade inflamatória e estadiamento da doença. Os exames bioquímicos de perfil hepático (transaminases, bilirrubina, fosfatase alcalina) podem estar normais ou pouco alterados nas infecções crônicas.

## **IV - TRATAMENTO**



De modo geral, o indivíduo com hepatite viral aguda, independentemente do agente etiológico, deve ser acompanhado ambulatorialmente, na unidade básica de saúde. O tratamento consiste em manter repouso domiciliar relativo, até que a sensação de bem-estar retorne e os níveis das aminotransferases (transaminases) se normalizem. Em média, este período dura quatro semanas. Deve ser recomendada a suspensão da ingestão de bebidas alcoólicas por seis meses, no mínimo. Não há nenhuma outra restrição alimentar no período de doença e, de forma prática, deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar. A hospitalização pode ser necessária para pacientes desidratados por causa de vômitos ou com indícios de falência hepática. Medicamentos que sejam metabolizados pelo fígado devem ser usados com precaução.

Pelo fato da infecção pelo HAV ser autolimitada, o tratamento deve ser apenas de suporte. Os pacientes com hepatite causada pelo HBV poderão evoluir para estado crônico e deverão ser acompanhados com pesquisa de marcadores sorológicos (HBsAg e Anti-HBs) por período mínimo de 6 meses. Aqueles com persistência do HBsAg além de seis meses deverão ser encaminhados para serviços de referência. Os pacientes com hepatite C, independentemente da forma clínica (aguda ou crônica) também devem ser referenciados para acompanhamento.

#### **V - CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA**

- **Pacientes com Anti-HCV reativo (hepatite C aguda ou crônica).** Caso o exame anti-HCV tenha sido realizado inicialmente em bancos de sangue, ainda que de forma repetida, solicitá-lo em laboratório que **não** seja de banco de sangue. A chance de falsa-positividade do exame realizado nestes locais é muito grande, especialmente na ausência de comportamentos de risco para a hepatite C.
- **Pacientes com persistência de HBsAg reativo por mais de seis meses.**

## **VI - REFERÊNCIAS PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM HEPATITES VIRAIS** Marcação direta (fazer contato telefônico e encaminhar paciente com exames e relatório médico)

### ✓ **CTR-DIP Orestes Diniz**

Alameda Álvaro Celso, 241 – Bairro Santa Efigênia. Tel: 3248-9547

### ✓ **PAM Sagrada Família**

R. Joaquim Felício, 101 – Bairro Sagrada Família. Tel: 3277-5751.

### ✓ **Ambulatório da UNIFENAS-BH**

R. Herminio Guerra, 75 – Bairro Itapoã. Tel: 3497-2300 / 3497-4480

### ✓ **Ambulatório Bias Fortes – HC/UFMG**

Alameda Álvaro Celso, 175- 5<sup>o</sup> andar – Bairro Santa Efigênia. Tel: 3248-9538

### ✓ **Hospital Eduardo de Menezes**

Av. Dr. Cristiano Resende, 2213 – Bairro Milionários. Tel: 3383-8000

## **VI – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS**

Deve-se solicitar sorologia dos contatos de pacientes com hepatites B e C.

São definidos como contatos de portadores de hepatite B e/ou C:

- os seus parceiros sexuais;
- aqueles que compartilham seringas e agulhas (usuário de drogas endovenosas);
- pessoas que vivem no mesmo domicílio (no caso da hepatite B);
- filhos de mãe portadora de hepatite B ou C.

Contatos intra-domiciliares de pacientes com hepatite A devem ser acompanhados, mas a realização de exames nos contatos só se justifica diante do aparecimento de sintomas.

## **VII - NOTIFICAÇÃO**

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória e devem ser notificadas à Gerência de Epidemiologia e Informação do Distrito Sanitário, em impresso próprio.

## **ANEXO 1 - ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA SOROLÓGICA DE HEPATITES VIRAIS**

Na investigação de casos suspeitos de hepatite viral ou de contatos, a solicitação de sorologia específica pela Unidade de Saúde deverá ser realizada através da solicitação da FICHA SOROLÓGICA DE HEPATITES VIRAIS. Os resultados serão devolvidos ao profissional solicitante no menor tempo possível, através da própria Unidade de Saúde, utilizando-se, para isso, as **identificações (carimbos) do profissional e da unidade de saúde presentes na solicitação.**

Ao se fazer a solicitação, o profissional deverá **marcar apenas um dos itens** especificados abaixo.

### **a) ROTINA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HEPATITE VIRAL AGUDA**

O Laboratório Central realizará, inicialmente, o marcador específico para hepatite A aguda (Anti-HAV-IgM). Caso o exame seja reativo, dar-se-á por encerrada a investigação laboratorial. Caso o exame tenha resultado não-reativo, dar-se-á prosseguimento ao fluxo com a realização dos marcadores para hepatite B (HBsAg e Anti-HBc-total). Caso o Anti-HBc-total seja reativo, realizar-se-á, então, o marcador sorológico para hepatite B aguda (Anti-HBc-IgM). Este será o procedimento de rotina para investigações de **casos agudos**. Os casos especiais de investigação deverão estar assinalados no espaço próprio, conforme orientação abaixo.

### **b) SUSPEITA DE HEPATITE C**

Este campo poderá ser marcado em quatro situações: 1) em caso de hepatite aguda, cujos resultados dos exames para hepatites A e B agudas sejam não-reativos e existir a suspeita de hepatite C aguda; 2) quando se desejar investigar os possíveis contatos de um paciente com hepatite C; 3) quando se desejar confirmar um resultado de anti-HCV reativo realizado em banco de sangue; e 4) em situações de risco aumentado de exposição ao vírus da hepatite C -HCV (usuários de drogas ilícitas injetáveis, indivíduos transfundidos antes de 1993, politransfundidos, profissionais de saúde com exposição ocupacional documentada, parceiros sexuais de portadores do HCV, pacientes transplantados antes de 1993, pacientes em hemodiálise, neonatos de mães portadores do HCV, pacientes portadores do HIV e hepatopatia crônica e pacientes com alterações de aminotransferases séricas). Nestes casos o exame a ser realizado será o anti-HCV-ELISA (terceira geração).

### **c) SUSPEITA DE HEPATITE B CRÔNICA / INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS**

Este campo poderá ser marcado em três situações: 1) em situações de suspeita de hepatite B crônica; 2) quando se desejar confirmar um resultado de HBsAg reativo realizado em banco de sangue; e 3) quando se desejar investigar os possíveis contatos de um paciente com hepatite B aguda/crônica. Nestes casos, os exames realizados serão o HBsAg e o Anti-HBc-total. Os contatos que tiverem ambos os marcadores não-reativos deverão ser encaminhados à vacinação no menor tempo possível.

**d) CONTROLE DE HEPATITE B – I**

Nos pacientes que tiverem diagnóstico de hepatite viral B, é necessário proceder-se ao controle de sua evolução. Após seis meses do diagnóstico da infecção aguda, e, em casos especiais de hepatite B crônica, deverá ser solicitado o **CONTROLE DE HEPATITE B - I**. Nestes casos serão realizados o HBsAg e o Anti-HBs.

**e) CONTROLE DE HEPATITE B – II (exclusivo para serviços de referência secundária).**

Nos pacientes com diagnóstico de hepatite B **crônica**, com persistência do HBsAg por tempo maior que seis meses, solicitar a opção **CONTROLE DE HEPATITE B - II**, quando então serão realizados o HBeAg e o anti-HBe. No caso de solicitação concomitante dos marcadores HBsAg, anti-HBs, HBeAg e anti-HBe, os dois últimos somente serão realizados caso o HBsAg seja reativo. Esta solicitação deverá ser sempre originada em serviço de referência secundária, durante acompanhamento dos casos crônicos ou de pré-natal de alto risco (gestante portadora do HBsAg).

**f) AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL PARA A HEPATITE B**

Quando for necessária a avaliação do estado vacinal de um paciente para a hepatite B (profissionais de saúde, imunossuprimidos, contatos de portadores da hepatite B), utilizar o item **AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL PARA HEPATITE B**. Será realizado, então, o Anti-HBs. Este exame deverá ser solicitado somente após 30 dias e, preferencialmente, nos primeiros seis meses após a vacinação completa (três doses) devido à diminuição natural e progressiva dos títulos séricos de anti-HBs.

**g) ROTINA DE PRÉ-NATAL**

Caso o profissional de saúde esteja solicitando sorologia como parte da **ROTINA DE PRÉ-NATAL**, marcar esta opção, quando então será realizado o HBsAg.

**h) SITUAÇÕES ESPECIAIS**

Se existir alguma situação específica que justifique a solicitação de algum marcador fora da rotina do laboratório, conforme colocado nos itens anteriores, marcar no pedido **SITUAÇÕES ESPECIAIS**. Neste caso, escrever o nome do exame solicitado e justificar o pedido no espaço próprio. Transcrever os resultados de exames já porventura realizados (com as respectivas datas) a fim de permitir a sua avaliação pela Coordenação de Atenção a Saúde junto ao Laboratório Central. Tanto a indicação, quanto a viabilidade de realização do exame por algum laboratório contratado, serão avaliados. São exemplos de situações especiais:

**1)Anti-HAV IgG ou total:** indicado naqueles pacientes portadores de hepatopatias crônicas, imunossuprimidos (ex: HIV+) e politransfundidos com hemoderivados liofilizados (ex: hemofílicos) para avaliação de indicação de vacina anti-hepatite A. **Este exame deverá ser solicitado apenas pelos serviços de referência secundária.**

**2)Anti-VHD-IgM:** indicado naqueles pacientes com suspeita de hepatite pelo vírus delta (hepatite rara no sudeste brasileiro, deve ser lembrada especialmente em pacientes oriundos da Região Amazônica e Europa Mediterrânea, usuários de drogas ilícitas intravenosas, ou ainda, naqueles portadores de hepatite B crônica com piora súbita do quadro hepático). **Este exame deverá ser solicitado apenas pelos serviços de referência secundária e será reencaminhado para o laboratório de referência da FUNED.**

**3)Anti-VHE-IgM:** indicado naqueles pacientes com quadro de hepatite aguda, com padrão clínico-laboratorial típico de hepatite causada por vírus hepatotrópico, com elevações acentuadas de ALT (> 5x o limite superior da normalidade) e com sorologia não-reativa para os vírus hepatotrópicos mais comuns: HAV, HBV e HCV. **Este exame deverá ser solicitado apenas pelos serviços de referência secundária e será reencaminhado para o laboratório de referência da FUNED.**

**4)Avaliação sorológica de imunossuprimido para indicação de vacinação/profilaxias:** situação comum na avaliação de portadores do HIV, deverão ser realizados os exames de anti-HAV-total ou IgG, HBsAg, anti-HBc-total e anti-HCV.

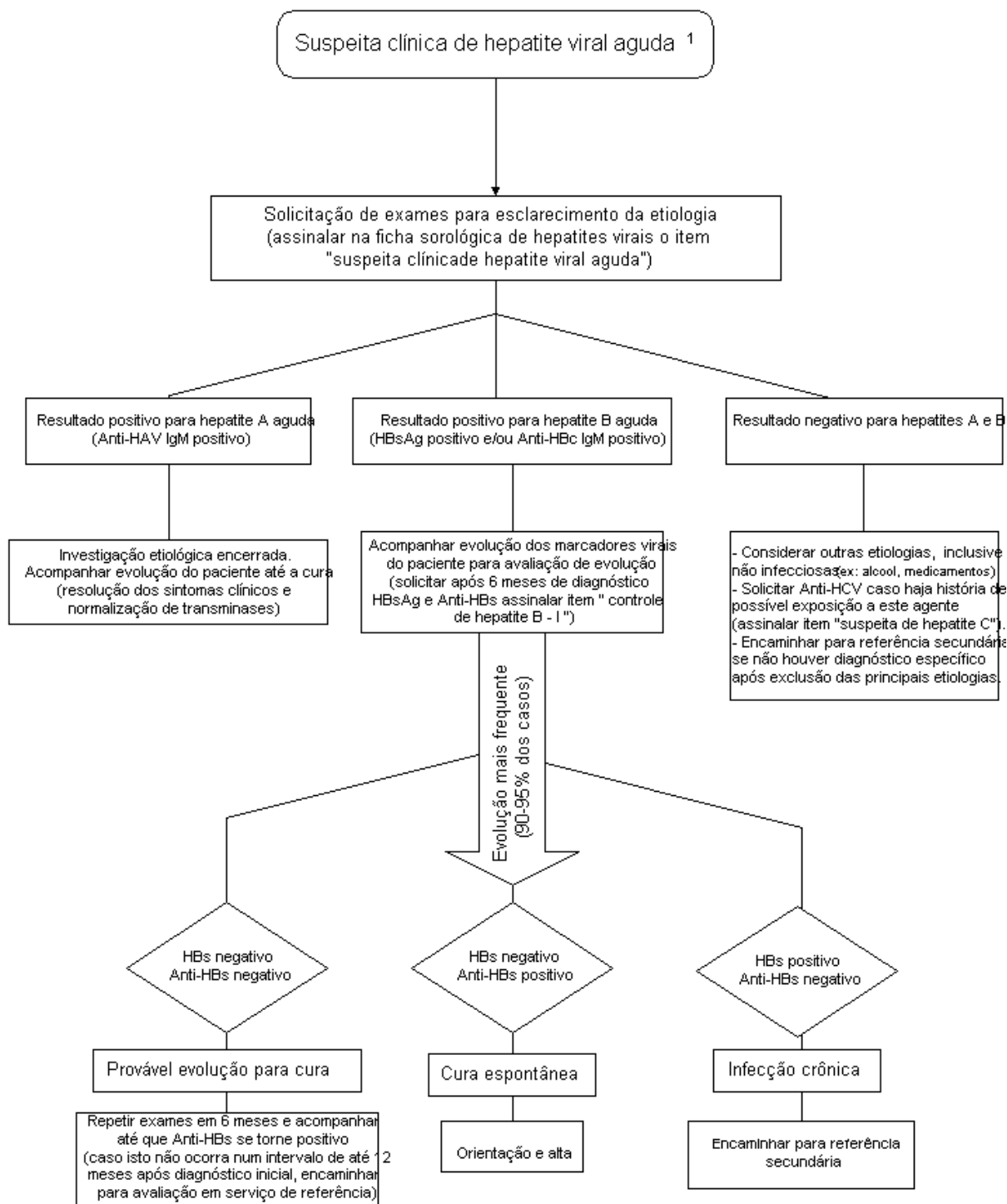
i) Assinar, colocar o carimbo de registro profissional e a data do pedido.

j) Colocar o carimbo da Unidade de Saúde.

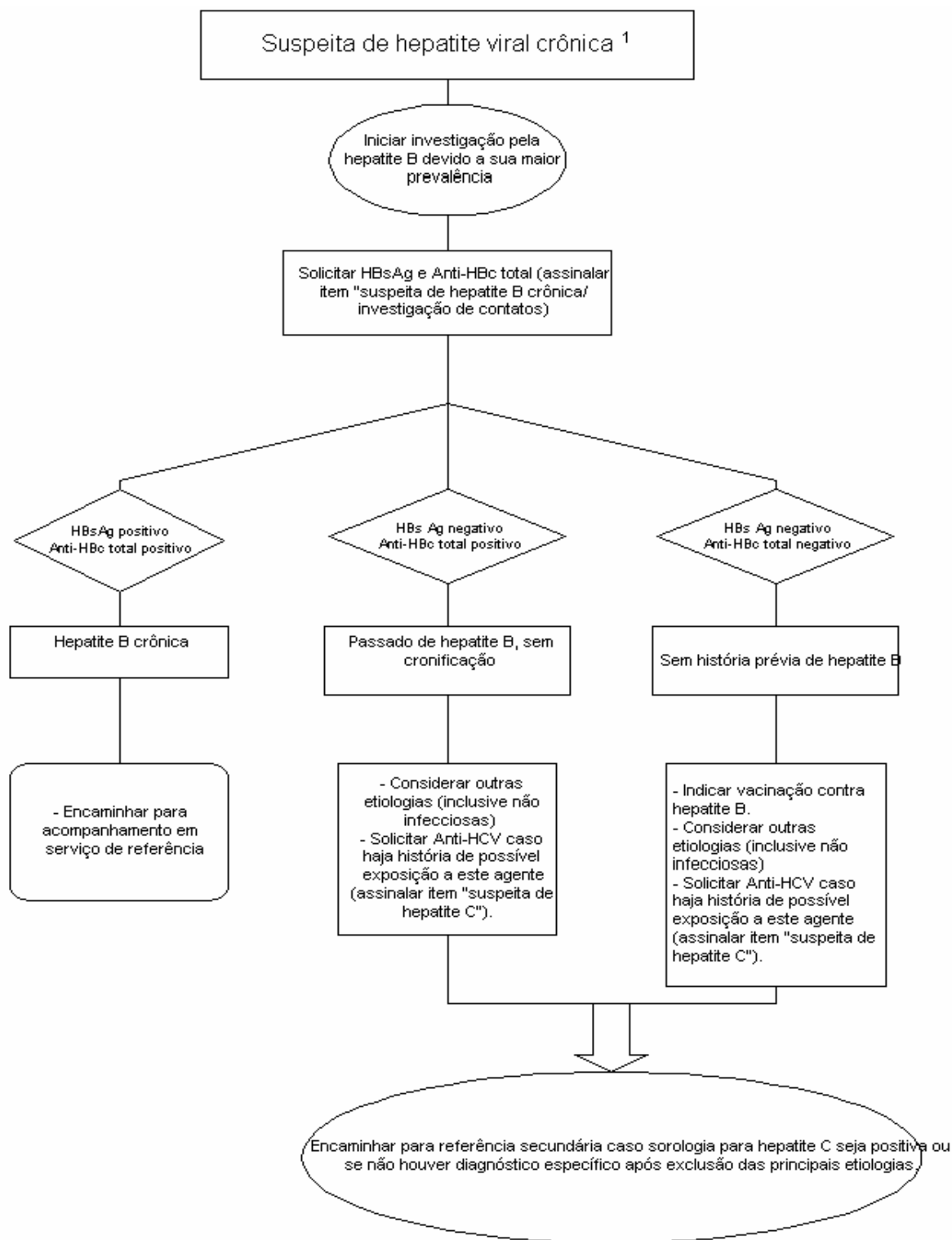
#### **OBSERVAÇÕES:**

1 – É imprescindível que o pedido da solicitação da sorologia seja feito no impresso correto, com preenchimento completo das informações e com letra legível, para permitir sua adequada realização e devolução. Deverá constar, obrigatoriamente, a assinatura e carimbo de registro profissional do solicitante, assim como a data da solicitação. **Caso o formulário esteja incompleto, o material para exame não será coletado. E caso tenha sido coletado indevidamente com dados insuficientes, o material não será processado pelo laboratório até a complementação/correção dos dados.**

2 – Solicitação de sorologias no caso de exposição acidental a materiais biológicos de risco deverá ser realizada **em impresso comum** de solicitação de exames complementares, **identificado com o carimbo “ACIDENTES COM MATERIAIS BIOLÓGICOS”** da própria unidade de saúde.



1 - Os quadros clínicos agudos podem variar desde formas oligossintomáticas até formas fulminantes. A maioria dos casos cursa com predominância de fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral e adinamia. Nos pacientes sintomáticos, podem estar presentes colúria, hpc fecal e icterícia. As aminotransferases (ALT/TGP e AST/TGO) estão elevadas, geralmente encontrando-se acima de 500 U/L. A bilirrubina total pode se elevar, podendo alcançar níveis entre 5 e 20 mg % e a fosfatase alcalina geralmente está aumentada.



1 - Deve-se suspeitar de hepatite viral crônica nas seguintes situações: a) elevação persistente de transaminases sem causa definida; b) alterações ultrassonográficas da textura e/ou ecogenicidade hepáticas; c) sinais ou sintomas sugestivos de insuficiência hepática (ex: presença de ascite, icterícia, eritema palmar, aranhas vasculares, ginecomastia); d) plaquetopenia sem causa definida.





01 - DADOS DO PACIENTE		
NOME		IDADE
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	ENDEREÇO	Nº.
BAIRRO	MUNICÍPIO	TELEFONE
DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA (CASO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SEJA BH)		
<input type="checkbox"/> DS BARRREIRO	<input type="checkbox"/> DS NOROESTE	<input type="checkbox"/> DS VENDA NOVA
<input type="checkbox"/> DS CENTRO-SUL	<input type="checkbox"/> DS NORTE	
<input type="checkbox"/> DS LESTE	<input type="checkbox"/> DS OESTE	
<input type="checkbox"/> DS NORDESTE	<input type="checkbox"/> DS PAMPULHA	
02 - MOTIVO DO EXAME (ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)		
<input type="checkbox"/> ROTINA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HEPATITE VIRAL AGUDA (ANTI-HAV-IgM, HBsAg, ANTI-HBc-TOTAL/IgM)		
<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE HEPATITE C (ANTI-HCV)		
<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE HEPATITE B CRÔNICA / INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS (HBsAg, ANTI-HBc-TOTAL)		
<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEPATITE B - I (HBsAg, ANTI-HBs)		
<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEPATITE B - II - EXCLUSIVO PARA SERVIÇOS DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA (HBeAg, ANTI-HBe)		
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL PARA HEPATITE B (ANTI-HBs)		
<input type="checkbox"/> ROTINA DE PRÉ-NATAL (HBsAg)		
<input type="checkbox"/> SITUAÇÕES ESPECIAIS - LISTAR SOROLOGIAS A SEREM REALIZADAS E JUSTIFICAR:		
NOME DO PROFISSIONAL		ASSINATURA SOB CARIMBO DE REGISTRO PROFISSIONAL
CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE		DATA DO PEDIDO

SAE - 03010047

11/05