

DIÁRIO OFICIAL



*Prefeitura Municipal
de
Porto Seguro*



ÍNDICE DO DIÁRIO

OUTROS

NOTA TÉCNICA COE SAÚDE Nº 02



OUTROS

NOTA TÉCNICA COE SAÚDE Nº 02

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE COVID-19 Porto Seguro

NOTA TÉCNICA COE SAÚDE Nº 02 DE 18 DE MAIO DE 2020
(ATUALIZADA EM 08 DE JUNHO DE 2020)

1 – ASSUNTO

Orientações sobre proposta de tratamento farmacológico para pacientes adultos com caso confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, de acordo com a classificação dos sinais, sintomas, sinais vitais e fase da doença.

2 – JUSTIFICATIVA

Considerando a inexistência de evidências científicas em larga escala, até o presente momento, que indiquem terapia farmacológica específica para o COVID-19, e a ação contra o vírus SARS-Cov-2;

Considerando o Código de Ética Médica que é fundamentada na autonomia médica e na relação médico-paciente;

Considerando o Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 4/2020, de 16 de abril de 2020, que dispõe sobre o tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina;

Considerando a Nota Informativa nº 9/2020 – SE/GAB/SE/MS, de 20 de maio de 2020, que dispõe sobre as orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19;

Considerando que há comprovação in vitro da Nitazoxanida contra o agente etiológico do COVID-19 quando associado à Azitromicina (PADMNABHAN E TECH, 2020) e sua ampla atividade antiviral, além de um perfil de segurança relativamente favorável (SANDRS, MONOQUE, JODLOWSKI, CUTRELL, 2020);

Considerando que a substância IVERMECTINA tem ação in vitro contra o agente etiológico do COVID -19, e se tratando de droga de fácil aquisição, prescrição simples, já com estudos iniciais que comprovam redução da gravidade em pacientes hospitalizados associando a uma menor mortalidade e tempo de internação hospitalar (PATEL, 2020);

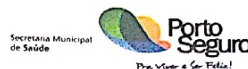

Karim Costa Rucis
Secretário da Saúde Interno
Decreto: 9321

1

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Considerando a Nota Técnica do COE Bahia – SESAB nº 54, atualizada em 10 de maio de 2020, na qual descreve as orientações sobre os critérios de confirmação de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19);

3 – CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS/SINAIS VITAIS

CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS/SINAIS VITAIS		
LEVES	MODERADOS	GRAVES
- Anosmia - Ageusia - Coriza - Diarreia - Dor abdominal - Febre - Mialgia - Tosse - Fadiga - Cefaleia - FR $\leq$ 20 irpm e/ou - FC $\leq$ 90 bpm e/ou - Níveis pressóricos normais e/ou - Saturação $\geq$ 95% em ar ambiente	- Tosse persistente + febre persistente diária OU - Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) OU - Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco - Dispneia - FR $\geq$ 24 irpm e/ou - FC $\geq$ 90 e/ou - Saturação $\leq$ 94% em ar ambiente	- Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente: - FR $\geq$ 30 irpm com dispneia/desconforto respiratório OU - Pressão persistente no Tórax OU - Saturação de O₂ menor que 94% em oxigenoterapia OU - FC $\geq$ 100 bpm - Coloração azulada de lábios ou rosto e/ou extremidades periféricas - Sudorese fria

Fonte: Adaptação – Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, 2020.

Kerley Costa Ruas
Secretaria Municipal de Saúde
Despacho: 9321



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



4 - CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS (COVID-19)

- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL:** caso suspeito de Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com:

Biologia molecular (SWAB/RT-PCR em tempo real para detecção do vírus SARS-CoV-2); com resultado detectável para SARS-CoV-2. Amostra clínica coletada, até o sétimo dia de início dos sintomas, processada em laboratório público ou privado.

- **POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO**

- Caso suspeito da COVID-19 com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos sete dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar investigação laboratorial específica.

- Caso suspeito da COVID-19 com exames de imagem (TC Torax) compatíveis.

- **POR TESTE RÁPIDO, IMUNOFLUORESCÊNCIA, ELISA OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA**

Caso suspeito da COVID-19 com teste imunológico (Teste Rápido ou quimioluminescência ou sorologia clássica para detecção de anticorpos) **positivo para anticorpos IgM e/ou IgG** a partir do 8º dia do início dos sintomas.

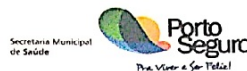
O teste rápido deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e/ou outros exames laboratoriais e/ou exames de imagem. Ressalta-se que o teste rápido negativo isoladamente não descarta a infecção pelo vírus SARS-CoV2.

No caso de uso de testes sorológicos para investigação de pacientes sintomáticos, com quadro clínico-epidemiológico compatível com COVID-19, o teste rápido sorológico deverá ser realizado a partir do oitavo dia do início dos sintomas.


Kery Costa - Ruas
Sec. Adj. da Saúde Interino
Decreto: 9321



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECOMENDA-SE:

- 1- Início precoce de esquemas terapêuticos para pacientes com diagnóstico confirmado (laboratorial ou vínculo clínico epidemiológico) de infecção pelo COVID-19, conforme orientação abaixo:

ORIENTAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA PARA PACIENTES ADULTOS COM CASO CONFIRMADO DE COVID-19, DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS, SINTOMAS, SINAIS VITAIS E FASE DA DOENÇA

CASOS LEVES

Evolução de 2 a 5 dias

Sinais e Sintomas: coriza, odinofagia, febre, mialgia, tosse, fadiga, cefaleia, diarreia, dor abdominal, anosmia (perda de olfato), ageusia (perda de paladar)

Sinais Vitais: FR ≤ 20 irpm e/ou FC ≤ 90 bpm e/ou níveis pressóricos normais e/ou saturação $\geq 95\%$ em ar ambiente.

Exames complementares ou imagem (Rx tórax e TC tórax): geralmente desnecessários, exceto para esclarecimento de diagnóstico diferencial, dependendo do caso clínico.

ECG: monitorar ritmo, intervalo QT no primeiro e terceiro dias, para monitoramento dos pacientes em uso de Hidroxicloroquina. Quando QTc ≥ 500 msec, não iniciar o uso da Hidroxicloroquina e/ou suspende-la.

Pilares do tratamento: 1- reduzir carga viral (3 opções de medicamentos); 2- suplementar vitaminas.

Idealmente nos primeiros 2 dias de sintomas.

1- Sugestão de Prescrição farmacológica:

A- Nitazoxanida* 500mg, 1 comp. via oral, de 12/12h, por 3 dias + Azitromicina 500mg, 1 comp. via oral, uma vez ao dia, por 5 dias (atenção às contraindicações: nefropatas e hepatopatas).

OU

B - Ivermectina 6 mg - 1 comp. a cada 30kg/peso, máximo de 4 comp., dose única + Azitromicina 500 mg, 1 comp., via oral, uma vez ao dia, por 5 dias.

OU

C - Sulfato de Hidroxicloroquina (D1: 400 mg 12/12h; D2 ao D5: 400 mg 24/24h) +

Kennys Costa Rêgo
Secretaria de Saúde Intermunicipal
Decreto: 9321

4

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Azitromicina 500 mg, uma vez ao dia, durante 5 dias. Especialmente indicados para casos leves com contato confirmados com COVID-19, com diagnóstico confirmado por vínculo epidemiológico.

Atenção: recomenda-se o monitoramento com ECG (1º e 3º dia) associado a dosagem de K e Mg, para garantir níveis próximos de K: 4 e Mg: 2,0.

2 - Suplementação de **vitaminas:** Vitamina D, 50.000 UI/semanal ou 10.000UI, 1 comp., ao dia + Vitamina C 1 g, 2x ao dia + zinco 100 mg, 1 comp., uma vez ao dia, por 15 dias.

CASOS MODERADOS

(Evolução de 5 a 10 dias, em média, podendo se estender por mais dias)
Considerar vigilância em unidade sentinela (P.A. COVID) mínimo de 48h e observar evolução clínica.

Sinais e Sintomas: Tosse persistente + febre persistente diária **OU**; Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia, estado geral comprometido, prostração, habitualmente desidratados) **OU**; Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco.

Sinais Vitais: FR ≥ 24 irpm e/ou Saturação $\leq 94\%$ e/ou taquicardia FC ≥ 90 bpm.

Exames complementares: seriar exames a cada 48h: hemograma, PCR, VHS, ferritina, LDH, ureia, creatinina, Na, Cl, K, Mg, troponina, CK total, CK MB, TGO, TGP, GGT, FA, coagulograma.

Raio x tórax: baixa sensibilidade para visualizar pneumonia viral, acometimento de bases.

TC tórax: típicos infiltrados "vidro fosco" em extensões menores que 30%, podem estar normais em fases iniciais.

ECG: monitorar ritmo, intervalo QT no primeiro e terceiro dias, para monitoramento dos pacientes em uso de Hidroxicloroquina. Quando QTc ≥ 500 msec, não iniciar o uso da Hidroxicloroquina e/ou suspende-la.

Pilares do tratamento: 1- reduzir carga viral; 2- reduzir atividade inflamatória; 3 – tratar infecção secundária se critério clínico e laboratorial; 4 - suplementar vitaminas; 5- prevenção de eventos embólicos; 6 – melhora dos sintomas de tosse; 7 – tratar hipóxia silenciosa.

Sugestão de Prescrição farmacológica:

1- Ivermectina 6mg, 1 comp. a cada 30kg peso, máximo de 4 comp., dose única (não

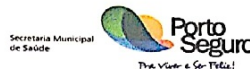

Kerys Costa Ruos
Secretaria de Saúde Intermunicipal
Decreto: 9321

5

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- repetir, se já fez uso no decorrer da doença) + **Azitromicina** 500mg, 1 comp., via oral, uma vez ao dia por 5 dias (repetir se já fez uso, podendo se estender até 10 dias) + **Sulfato de Hidroxicloroquina** (D1: 400 mg 1 comp. 12/12h; D2 ao D5: 400 mg 1 comp. 24/24h).
- Atenção:** recomenda-se o monitoramento com ECG (1º e 3º dias assegurando que o intervalo QT encontra-se menor que 500), associado a K próximo de 4 e Mg próximo de 2 (se necessária correção, sugere-se: solução única de SF0,9% 250ml + sulfato de magnésio 50% 5 a 10ml, endovenoso em 3 horas. Acrescentar KCL 10% de acordo com a necessidade individual). Refazer o esquema em caso de valores de referência abaixo do padrão estabelecido na avaliação do 3º dia durante o uso.
- 2- Considerar associar **Metilprednisolona** 125mg, endovenoso, a cada 24 h por 3 dias (para casos com nítida atividade inflamatória (laboratorial com elevação de marcadores) e/ou clínica com piora da ausculta pulmonar e/ou necessidade de O2 suplementar na evolução da doença. Na ausência, fazer a equivalência com hidrocortisona 500 mg, endovenoso, a cada 24h, por 3 dias ou 100mg, endovenoso, a cada 8 horas. Para casos sem critério de internação, recomenda-se nessa fase, prednisona 1 a 2mg/kg peso, via oral, dose única - matinal.
 - 3- Considerar associar **Ceftriaxona** 1g, endovenoso, 12/12h (pelo alto índice de infecção pulmonar bacteriana sobreposta), e avaliar observação em unidade sentinela, se necessário. Manter ciclo oral de ATB (amoxicilina com clavulanato 500/125mg, 1 comp., oral, de 8/8h até 10 dias ou Levofloxacino 750mg, 1 comp., a cada 24h até 10 dias).
 - 4- **Vitamina C** 1g, duas vezes ao dia + zinco 100 mg, 1 comp., uma vez ao dia, por 15 dias + Vitamina D, 50.000UI, 1 comp. semanal ou 10.000 UI, 1 comp. diário por 20 a 30 dias.
 - 5- **Enoxaparina** 40 mg, subcutâneo a cada 24h, e avaliar observação em unidade sentinela, se necessário. Liberar para domicílio com mesma dose até 7 a 10 dias, a depender do caso clínico.
 - 6- **Salbutamol** 100mcg, 4 jatos 4/4horas, sempre com espaçador.
 - 7- **O2** – oxigenoterapia por cateter nasal baixo fluxo se saturação $\leq 94\%$, objetivando manter níveis de saturação $\geq 95\%$.

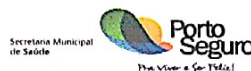

Kerys Costa Rugs
Secretaria de Saúde Inteiro
Decreto: 9321

6

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CASOS GRAVES

(Comum em evoluções acima de 10 dias para pacientes SEM tratamento precoce)
Vigilância em unidade sentinela, considerando SEMPRE a discussão com Hospital de referência para transferência ou regulado para leito da central de regulação em caso de lotação do HRDLEM

Sinais e Sintomas: Adinamia intensa, tosse persistente, fala entrecortada, podendo ou não ter febre, além da piora do estado geral comprometido e prostração. Relato de síncope, lipotímia podendo tratar-se de hipoxemia.

Sinais Vitais: FR $\geq$ 30 irpm e Saturação $<94\%$, com dependência de Oxigenioterapia, taquicardia FC $\geq$ 100 bpm.

Exames complementares: seriar exames a cada 24h: hemograma, PCR, VHS, ferritina, LDH, ureia, creatinina, Na, K, Mg, Cálcio, albumina, CK total, CK MB, troponina, TGO, TGP, GGT, FA, coagulograma. Considerar gasometria (no HRDLEM).

Raio x tórax: comumente alterado com consolidações bibasais, pouco esclarecedor para COVID-19.

TC de tórax: típicos infiltrados "vidro fosco" com extensão entre 30 e 50%, associadas a consolidações pulmonares, atelectasias e/ou derrame pleural.

ECG: monitorar ritmo, intervalo QT no primeiro e terceiro dias, para monitoramento dos pacientes em uso de Hidroxicloroquina. Quando QTc $\geq$ 500 msec, não iniciar o uso da Hidroxicloroquina e/ou suspende-la. Atenção às alterações de miocardite viral.

Pilares do tratamento: 1- reduzir carga viral (se até 12 dias de início da doença); 2- reduzir atividade inflamatória; 3 – tratar infecção secundária, sempre; 4 - suplementar vitaminas; 5- tratar complicações da cadeia de coagulação; 6 – melhora dos sintomas de tosse; 7 – tratar hipóxia.

Sugestão de Prescrição farmacológica:

1- Ivermectina 6mg, 1 comp. a cada 30kg peso, máximo de 4 comp./ dose única (não repetir, se já fez uso no decorrer da doença) + Azitromicina 500mg, 1 comp. via oral, uma vez ao dia, por 5 dias (repetir se já fez uso, podendo se estender até 10 dias) + Sulfato de Hidroxicloroquina (D1: 400mg, 1 comp. 12/12h; D2 ao D5: 400mg, 1 comp. 24/24h).

Atenção: recomenda-se o monitoramento com ECG (1º e 3º dias assegurando que o intervalo QT encontra-se menor que 500), associado a K próximo de 4 e Mg próximo de 2 (se necessária correção: sugere-se: SF0,9% 250ml + sulfato de magnésio 50% 5 a 10

Kenny Costa Ruas
Secretário de Saúde Interino
Decreto: 9321

7

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- ml, endovenoso em 3 horas. Acrescentar KCL 10% de acordo com a necessidade individual).
- 2- Associar **Metilprednisolona** 125mg, endovenoso, a cada 24h por 3 dias. Na ausência fazer a equivalência com hidrocortisona 500mg, endovenoso, a cada 24h por 3 dias ou 100 mg - endovenoso a cada 8 horas.
 - 3- Associar **Ceftriaxona** 1g, endovenoso - 12/12h.
 - 4- **Vitamina C** 1g, duas vezes ao dia + zinco 100 mg, 1 comp., uma vez ao dia, por 15 dias + **Vitamina D** 50.000UI, 1 comp. semanal ou 10.000 UI 1 comp. diário por 15 dias.
 - 5- **Enoxaparina** 1 mg/kg peso durante o tempo de internação/observação (Ex: se 60 kg: enoxaparina 60mg 12/12h). **Recomenda-se manter dose profilática até 10 a 14 dias de enoxaparina 40mg, 1 vez ao dia, após alta hospitalar.**
 - 6- **Salbutamol** 100mcg 4 jatos 4/4horas, sempre com espaçador.
 - 7- Tratar **hipóxia** com rigor, cateter nasal até 3 l/min, mantendo máscara cirúrgica sobre o cânula de cateter nasal, para evitar aerossolização.
 - 8- Avaliar transferência para leito de U.T.I.

Fonte: Adaptação – Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, 2020.

* Para uso da Nitazoxanida 500mg deve ser avaliado risco e benefício em hepatopatas, portadores de doença renal crônica e diabéticos, tendo como opção de substituição da Nitazoxanida 500mg, a **Ivermectina 6mg** - dose única, conforme tabela anexada abaixo.

Atenção:

O uso da **HIDROXICLOROQUINA** está condicionado ao **DIAGNÓSTICO DE COVID-19** (laboratorial ou critério clínico epidemiológico ou teste rápido) e a **NOTIFICAÇÃO DO CASO**, com preenchimento da ficha de notificação.

- 2- Os classificados como casos leves de COVID-19, atendidos na rede pública e, com prescrição de **HIDROXICLOROQUINA**, poderão realizar os exames de ECG e dosagem sérica de K e Mg no 1º e 3º dia de tratamento, conforme critério médico, na Unidade de Pronto Atendimento Frei Calixto – UPA Frei Calixto. Para isso, será

Kerys Costa Ruas
Secretário de Saúde Interino
Decreto: 9321

8

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



necessária solicitação médica dos exames (ECG e dosagem sérica de K e Mg) em guias separadas e padronizadas pela rede pública municipal. Ressalta-se que as coletas de sangue realizadas e encaminhadas até as 14:00 para o Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR), que processará as amostras, terão os resultados liberados no mesmo dia, as demais coletas só terão os resultados liberados no dia seguinte.

- 3- Preenchimento do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** para uso de qualquer uma das mediações desta nota, deixando claro o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento/procedimento e que deve ser observada, monitorada e registrada a evolução da doença;
- 4- A unidade de saúde da área de abrangência do paciente confirmado pelo COVID-19 deverá garantir o monitoramento diário conforme Nota Técnica do COE Saúde – Porto Seguro nº 01, de 09 de abril de 2020;
- 5- A **vigilância da evolução do quadro clínico do paciente** poderá também ser realizada por familiares com comunicação com as equipes de saúde da família;
- 6- Toda piora do quadro clínico do paciente e do padrão respiratório, com desconforto e/ou aumento de frequência respiratória ($FR \geq 24$ irpm) e/ou retorno da febre, especialmente a partir do 5º dia dos sintomas da doença COVID-19, devem ser seguidas de avaliação médica imediata para adequadas alterações da proposta terapêutica, conforme este protocolo;

Fica a critério médico a utilização e prescrição do tratamento farmacológico sugerido nesta nota técnica, além de orientar, esclarecer os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento/procedimento, sendo necessária também a vontade declarada do paciente **com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo**, conforme orientação do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina.

OBSERVAÇÕES:

1. O uso das medicações está condicionado à avaliação médica, com realização de anamnese, exame físico e exames complementares, em Unidade de Saúde.

Karrys Costa Ruda
Ass. Técnica de Saúde Interm. II
Decreto: 9321

9

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

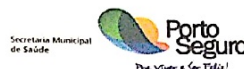


2. Os critérios clínicos para início do tratamento em qualquer fase da doença não excluem a necessidade de confirmação laboratorial e radiológica.
3. São contra-indicações absolutas ao uso da Hidroxicloroquina: gravidez, retinopatia/maculopatia secundária ao uso do fármaco já diagnosticada, hipersensibilidade ao fármaco, miastenia grave.
4. Não há necessidade de ajuste da dose de hidroxicloroquina para insuficiência renal (somente se a taxa de filtração glomerular for menor que 15) ou insuficiência hepática.
5. Não coadministrar hidroxicloroquina com amiodarona e flecainida. Há interação moderada da hidroxicloroquina com: digoxina (monitorar), ivabradina e propafenona, etexilato de dabigatran (reduzir dose de 220 mg para 110 mg), edoxabana (reduzir dose de 60 mg para 30 mg). Há interação leve com verapamil (diminuir dose) e ranolazina.
6. Para pacientes adultos hospitalizados e com sinais de gravidade, considerar anticoagulação e pulsoterapia com corticoide. Antes do primeiro pulso de corticoterapia, realizar profilaxia anti-helmíntica.
7. Para pacientes com sinais e sintomas moderados, considerar anticoagulação profilática se a oximetria estiver abaixo de 95% ou na presença de qualquer sinal ou sintoma respiratório (tosse, dispnéia etc.) quando não for possível realizar a oximetria.
8. Investigar e tratar anemia.


Kernys Costa Ruas
Presidente do COE SMS / PORTO SEGURO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REFERÊNCIA

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica nº 54 – Orientações sobre critérios de confirmação de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Publicado em 10 de maio de 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina nº 4/2020, de 16 de abril de 2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e Hidroxicloroquina. Publicado em 23 de abril de 2020.

MATUOKA JY, OLIVEIRA Jr HA, MEDEIROS FC, BRITO GV, MARRA LP, PARREIRA PCL, BAGATTINI AM, PACHITO DV, RIERA R. Nitazoxanida no tratamento de COVID-19. Revisão sistemática rápida. Disponível em:

<https://oxfordbrazilebm.com/index.php/2020/04/22/nitazoxanidapartratamento-de-covid-19/>.

Acessado em: 09 de maio de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. Brasília 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, Brasília 2020.

PADMANABHAN S.M.D, TECH K.M.P. Nitazoxanide – A potential ally in the treatment of COVID-19. Srivatsan Padmanabhan.

PATEL, Amit, Usefulness of Ivermectin in COVID-19 Illness (April 19, 2020). SSRN. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3580524>.

PORTO SEGURO. Secretaria de Saúde de Porto Seguro. Nota Técnica do COE Porto Seguro – COVID-19 nº 2. Orientações sobre a prevenção da transmissão e manejo de Síndromes Gripais e COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do município de Porto Seguro - Ba. Publicada em: 09 de abril de 2020

SANDRS, JM, MONOQUE ML, JODLOWSKI TZ, CUTRELL JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020 Apr 13. doi:10.1001/jama.2020.6019. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32282022

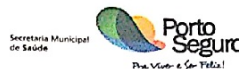
Kerrys Costa Ruas
Secretário de Saúde Interino
Decreto: 9321

11

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
NITAZOXANIDA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA PARA COVID-19**

Paciente: _____

Nº RG: _____ CPF: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Tel.: _____

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram:

☐ COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n.

☐ Suspeita de COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n.

E com base nesta análise médica foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

NITAZOXANIDA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA

NITAZOXANIDA: o procedimento, seus benefícios, riscos e alternativas.

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), que:

- 1 – Nitazoxanida é um medicamento usado para verminoses e protozooses intestinais.
- 2 – Estudos in vitro (testes em laboratório) com a Nitazoxanida demonstraram diminuição da carga viral do SARS-COV-2n, sugerindo assim o seu uso off-label como opção para o COVID 19.
- 3 – Tratando de uso off-label não há garantias de cura da infecção pelo SARS-COV-2n, devendo o paciente seguir orientações médicas com atenção e **procurar o serviço médico se houver agravamento do caso para nova abordagem médica** e possível alteração de tratamento.
- 4 – Esse medicamento tem como possíveis efeitos colaterais: náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, cefaleia, insônia, sonolência, tremor, tontura, anorexia, cólicas, hipertensão, hipotensão, síncope, prurido, rash, anemia. Sendo efeitos descritos na bula com baixas porcentagens de acometimento, mas deve-se informar o médico se algum dos efeitos surgirem.
- 5 – A Nitazoxanida não foi estudada em pacientes com comprometimento hepático ou renal, assim esse medicamento deve ser usado com cautela nesses pacientes, a avaliação do uso é de competência médica, sendo a esse resguardado a autoridade de interromper ou substituir o tratamento avaliando o benefício do paciente.

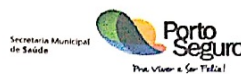
Karys Costa Ruas
Secretaria de Saúde Infantil
Decreto: 9321

12

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) medicamento(s) seja(m) utilizado(s) da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao (à) médico (a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Porto Seguro, ____ de ____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

() Paciente () Responsável

Nome do Paciente: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Porto Seguro, ____ de ____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

[Assinatura]
Kerley Costa Rivas
Secretário de Saúde Interino
Decreto: 9321

13

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
IVERMECTINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA PARA COVID-19**

Paciente: _____

Nº RG: _____ CPF: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Tel.: _____

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram:

☐ COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n.

☐ Suspeita de COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n.

E com base nesta análise médica foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

IVERMECTINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA

IVERMECTINA: o procedimento, seus benefícios, riscos e alternativas.

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), que:

- 1 – Ivermectina é um medicamento utilizado como anti-helmíntico;
- 2 – Estudos in vitro (testes em laboratório) com a Ivermectina demonstraram diminuição da carga viral do SARS-COV-2n, sugerindo assim o seu uso off-label como opção para o COVID 19.
- 3 – Tratando de uso off-label não há garantias de cura da infecção pelo SARS-COV-2n, devendo o paciente seguir orientações médicas com atenção e procurar o serviço médico se houver agravamento do caso para nova abordagem médica e possível alteração de tratamento;
- 4 – Esse medicamento tem como possíveis efeitos colaterais: dor abdominal, constipação, diarreia, náusea, febre, cefaleia, tontura, sonolência, prurido, rash, edema cutâneo, adenopatias e hipotensão. Sendo efeitos descritos na bula com baixas porcentagens de acometimento, mas deve-se informar o médico se algum dos efeitos surgirem; Esse medicamento interage com Varfarina elevando os valores de INR, devendo o médico ser informado do uso dessa medicação.
- 5 – Medicamento tem risco C em grávidas – onde foi encontrado efeitos colaterais no feto, mas sem evidências que suprimam o uso quando for avaliado como necessário;
- 6 – Não é recomendado em lactantes;

Kerys Costa Rios
Sec. Estadual de Saúde Inteiro
Decreto: 9321

14

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) medicamento(s) seja(m) utilizado(s) da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao (à) médico (a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Porto Seguro, ____ de ____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

() Paciente () Responsável

Nome do Paciente: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Porto Seguro, ____ de ____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

[Assinatura]
Kermya Porto Rivas
Secretaria de Saúde
Decreto: 9321

15

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
HIDROXICLOROQUINA/CLOROQUINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA PARA
COVID-19**

Paciente: _____

Nº RG: _____ CPF: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Tel.: _____

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram:

☐ COVID-19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n, diagnosticado através de exame laboratorial RT-PCR ou Teste Rápido.

☐ COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2n, diagnosticado por critério de vínculo clínico-epidemiológico.

E com base nesta análise médica foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

HIDROXICLOROQUINA/CLOROQUINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA

Hidroxicloroquina/Cloroquina: o procedimento, seus benefícios, riscos e alternativas.

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;

[Assinatura]
Mônica Costa Ruas
Secretaria de Saúde Inteiro
Decreto: 9321

16

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.


Kerys Costa Ruos
Assessoria Jurídica Inteiro
Decreto: 9321



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) medicamento(s) seja(m) utilizado(s) da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao (à) médico (a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Porto Seguro, ____ de ____ de 20____ : ____ (hh:min)

() Paciente () Responsável

Nome do Paciente: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Porto Seguro, ____ de ____ de 20____ : ____ (hh:min)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

[Assinatura]
Kerlys Costa Ruas
Secretaria de Saúde - Infância
Decreto nº 321

Scanned by CamScanner