



Diário Oficial do **MUNICÍPIO**

Prefeitura Municipal de Guaratinga

1

Terça-feira • 23 de Junho de 2020 • Ano • Nº 2657

Esta edição encontra-se no site oficial deste ente.

Prefeitura Municipal de Guaratinga publica:

- Nota Técnica CMM COVID-19 Nº 01, de 18 de Junho de 2020.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Ivermectina Em Associação Com Azitomicina Para COVID-19.
- Autorização do Paciente ou Responsável.

Esse município tem Imprensa Oficial.

A Lei exige que todo gestor publique seus atos no seu veículo oficial para que a população tenha acesso e sua gestão seja transparente e clara.

A Imprensa Oficial criada através de Lei, cumpre esse papel.

Imprensa Oficial do Município.

Gestão Transparente e consciência limpa.



Atos Administrativos



Comitê Municipal de Monitoramento de Ações de Prevenção e Controle do Novo Coronavírus (COVID-19)

NOTA TÉCNICA CMM COVID-19 Nº 01, DE 18 DE JUNHO DE 2020

1 – ASSUNTO

Orientações sobre proposta de tratamento para casos leves e moderados para pacientes suspeitos da infecção pelo SARS-Cov-2, agente etiológico da COVID-19.

2 – JUSTIFICATIVA

Considerando que o Ministério da Saúde através da Nota Informativa nº. 6/2020-DAF/SCTIE/MS, de 01 de abril de 2020, que atualizou as informações sobre o uso, a critério médico do medicamento Hidroxicloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves de infecção pelo COVID-19, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor;

Considerando a Nota Técnica do COE Bahia-SESAB nº 41, atualizada em 14 de abril de 2020, na qual descreve que a COVID-19 pode ter elevada taxa de letalidade em alguns grupos vulneráveis, além de orientar sobre o uso da Hidroxicloroquina para os casos com critério de gravidade (FR >24 irpm, saturação <95%), em ambiente hospitalar e a inexistência de outra terapia comprovada para o COVID-19;

Considerando as várias publicações científicas demonstrando a possibilidade de redução de carga viral na fase inicial da infecção do COVID-19 com drogas alternativas, com o menor risco de efeitos colaterais cardiovasculares;

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 comprovem redução da gravidade em pacientes hospitalizados associando a uma menor mortalidade e tempo de internação hospitalar (PATEL, 2020).



COM BASE NESSAS EVIDÊNCIAS E ANALISANDO O MELHOR RISCO BENEFÍCIO PARA OS PACIENTES, BASEADO EM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS, RECOMENDA-SE:

1. INÍCIO PRECOCE DE ESQUEMA TERAPÊUTICO:

- 1 a - Paciente com teste rápido positivo assintomático;
- 1 b - Contactantes domiciliares assintomáticos.

Conduta: Fazer dose única de IVERMECTINA conforme tabela abaixo:

Peso corporal (kg)	Dose única oral
Até 30	01 comprimido
31 a 60	02 comprimidos
61 a 90	03 comprimidos
Mais de 90	04 comprimidos

Contra indicações para uso do Ivermectina: crianças <5 anos, gestantes e lactantes;

2. CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS /SINAIS VITAIS

CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS/SINAIS VITAIS		
LEVES	MODERADOS	GRAVES
<ul style="list-style-type: none"> - Anosmia - Ageusia - Coriza - Diarreia - Dor abdominal - Febre - Mialgia - Tosse - Fadiga - Cefaleia - FR ≤ 20 irpm e/ou - FC ≥ 90 bpm e/ou - Níveis pressóricos normais e/ou - Saturação ≥ 95% em ar ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ≥ 24 irpm e/ou - FC ≥ 90 bpm e/ou - Saturação ≤ 94% em ar ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente: - FR ≥ irpm com dispneia/desconforto respiratório OU - Pressão persistente no tórax OU - Saturação de O2 menor que 94% em oxigenoterapia OU - FC ≥ 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.



3. ESQUEMA PARA SINTOMAS LEVE DE SÍNDROME GRIPAL:

2 a - Paciente com alterações clínicas que persistem de 2-4 dias como anosmia (alteração do paladar), ageusia (alteração do olfato), coriza, diarreia, dor abdominal, febre, fadiga, cefaleia, FR \leq 20 irpm e/ou FC \geq 90 rpm e/ou níveis pressóricos normais e saturação \geq 95% em ar ambiente.

2 b - Paciente com síndrome gripal já com diagnóstico da COVID-19 com as mesmas características clínicas mencionadas acima.

Prescrever AZITROMICINA 500mg 01 comp. VO de 24/24h (01 vez ao dia), em associação com Ivermectina que deve ser ofertada em 02 duas doses com o intervalo de 24h após o almoço:

Peso corporal (kg)	Duas doses com intervalo de 24h
Até 30	01 comprimido
31 a 90	02 comprimidos
Acima de 90	03 comprimidos

4. Além das medidas terapêuticas, orientar repouso e hidratação oral vigorosa que devem ser definidos conforme o estado sintomático do paciente;

PODENDO SER USADO:

- Dipirona 500 mg 6/6h – se dor ou febre
- Paracetamol 6/6h – se dor ou febre (6h – 12h – 18h – 00h)
- Dexclorfeniramina xarope 8/8h 5ml ou 1 comprimido 2mg – se tosse (6h – 14h – 22h)
- Metoclopramida 10mg, 01 comp 8/8h – se náuseas e vômitos (6h – 14h – 22h)
- Buscopan composto 6/6h – se dor abdominal (6h – 12h – 18h - 00h)
- Vitamina C 1g, 01 comp 1 vez ao dia;
- Comidas leves (sopas); líquidos abundantes 2 a 3 litros por dia.

5. Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando claro que o tratamento se destina a redução de carga viral e que deve ser observada, **monitorada e registrada a evolução da doença;**

6. A unidade de saúde da área de abrangência do paciente suspeito e/ou confirmado pela COVID-19 deverá garantir o monitoramento:



- **Diário:** pacientes que apresentam comorbidades
- **A cada 48h:** pacientes que não apresentam comorbidades

7. A vigilância da evolução do quadro clínico do paciente poderá também ser realizada por familiares em comunicação com as equipes de saúde da família;
8. Em caso de piora do quadro clínico do paciente, informar imediatamente à equipe de saúde que o acompanha, avaliar o 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 COVID-19, devem ser seguidas de avaliação médica imediata para adequadas alterações da proposta terapêutica, conforme protocolo médico:

REFERÊNCIA

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/nitazoxanida-para-tratamento-de-covid-19/>. Acessado em 11/06/2020

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 8. Brasília 2020.

Usefulness of Ivermectin in COVID-19 Illness. Amit N. Patel et al. The FDA approved Drug Ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. Leon Caly et al. Antiviral research 178 (2020) 194787.

ROSEMBERG, Eli S, PhD, Departamento de Epidemiologia e Bioestatística, Universidade de Albany School of Public Health, One University PI, Sala 123, Albany, NY 12203 (erosenberg2@albany.edu). Publicado on-line: 11 de maio de 2020. doi:10.1001/jama.2020.8330.

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

Secretaria Municipal de Saúde de Guaratinga-BA

Adilson Daniel dos Santos Moronari
Secretário Municipal de Saúde



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
IVERMECTINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITOMICINA 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: o procedimento, seus benefícios, riscos e alternativas.

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de 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, adenopatia e hipotensão. Sendo feitos descritos na bula com baixas porcentagens de acometimento, mas deve-se informar o médico se algum dos efeitos surgirem; Esse medicamento interage com a Varfarina elevando os valores de INR, devendo o médico ser informado do uso dessa medicação.
- 5 – Medicamento tem risco C em grávida – 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;

Secretaria Municipal de Saúde de Guaratinga-BA



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).

Guaratinga-BA, ____ de _____ de 20 ____ ____:____ (hh:min)

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.

Guaratinga-BA, ____ de _____ de 20 ____ ____:____ (hh:min)

Secretaria Municipal de Saúde de Guaratinga-BA