Iúna
PREFEITURA MUNICIPAL - ES

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

# PROPOSTA DE TRATAMENTO PROTOCOLO AMBULATORIAL COVID-19

**1ª EDIÇÃO**

JUNHO DE 2020

**IÚNA-ES**

# PROPOSTA DE TRATAMENTO PARA PROTOCOLO DE TRATAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PARA PACIENTES COM SINTOMAS DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE IÚNA-ES

## EXPEDIENTE

**Prefeito Municipal**
Weliton Virgílio Pereira

**Secretária Municipal de Saúde**
Vanessa Leocádio Adami

## COMITÊ SANITÁRIO – EQUIPE TÉCNICA

### Médicos

Dra Sulayma A. Campagnaro Emerick Padilha
Dra Izabela Bonadiman
Dr Allan de Andrade Lima

### Farmacêutica

Gilmara Cezar Noia

### Enfermeiras

Dariele Fulanete Souza
Lyllyanne Garcia Muzi Lopes

### Vigilância Epidemiológica

Alice Moraes da Cruz Cerqueira
Emerson da Silva Ribeiro

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..... 3
RECOMENDAÇÕES ..... 6
1 DEFINIÇÕES DE CASO ..... 7
1.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ..... 8
2 FASES DA COVID-19 ..... 8
2.1 DEFINIÇÃO DAS FASES ..... 9
3 TRATAMENTO PROPOSTO ..... 12
4. PROFILAXIA PROPOSTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE ..... 14
ANEXO I - DEFINIÇÃO DE PACIENTES DE RISCO ..... 15
ANEXO II – MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ..... 16
REFERÊNCIAS ..... 19


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## INTRODUÇÃO

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais, nos termos da Constituição Federal e da Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que até o momento não existem evidências científicas robustas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para a COVID-19;

Considerando que alguns Estados, Municípios e hospitais da rede privada já estabeleceram protocolos próprios de uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da COVID-19;

Considerando a necessidade de uniformização da informação para os profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a larga experiência do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, e que não existe, até o momento, outro tratamento eficaz disponível para a COVID-19;

Considerando a necessidade de orientar o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no âmbito do Sistema Único de Saúde pelos profissionais médicos;

Considerando a necessidade de reforçar que a auto prescrição dos medicamentos aqui orientados pode resultar em prejuízos a saúde e/ou redução da oferta para pessoas com indicação precisa para o seu uso;

Considerando a necessidade de avaliação dos pacientes através de anamnese, exame físico e exames complementares nos equipamentos de saúde do Sistema
Único de Saúde;

Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19 (PROCESSO-CONSULTA CFM no 8/2020 – PARECER CFM Nº 4/2020);


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## NOTAS

***ESTE PROTOCOLO E UM GUIA PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 ESCALONANDO POR FASES.***

***AS INFORMAÇÕES, AS DROGAS ASSIM COMO OS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PODEM MUDAR DEPENDENDO DO DISCERNIMENTO MÉDICO E DO QUADRO CLINICO DE CADA PACIENTE.***

***CABE AO MÉDICO A DECISÃO DA MELHOR TERAPIA NO MOMENTO EM QUE ESTIVER COM O PACIENTE.***

1. Apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o beneficio inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme modelo anexo.

2. O uso das medicações está condicionado à avaliação médica, com realização de anamnese, exame físico e exames complementares, em Unidade de Saúde. Sendo encaminhado a ficha de notificação e os dados do paciente para a "Central de Monitoramento" a fim de acompanhamento destes pacientes para seguimento clínico e medicamentoso.

3. Os critérios clínicos para início do tratamento em qualquer fase da doença não excluem a necessidade de confirmação laboratorial e radiológica.

4. São contra-indicações absolutas ao uso da Hidroxicloroquina: gravidez, retinopatia/maculopatia secundária ao uso do fármaco já diagnosticada, hipersensibilidade ao fármaco, miastenia grave.

5. Avaliar a necessidade de ajuste da dose de hidroxicloroquina para insuficiência renal ou insuficiência hepática.

6. Não coadministrar hidroxicloroquina com amiodarona e flecainida. Há interação moderada da hidroxicloroquina com: digoxina (monitorar), ivabradina e propafenona, etexilato de dabigatrana, edoxabana. Há interação leve com verapamil e ranolazina.


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

7. Cloroquina deve ser usada com precaução em portadores de doenças cardíacas, hepáticas ou renais, hematoporfiria e doenças mentais.

8. Cloroquina deve ser evitada em associação com: clorpromazina, clindamicina, estreptomicina, gentamicina, Sotalol, indometacina, tiroxina, isoniazida e digitálicos.


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## RECOMENDAÇÕES

Deverá ser feita a notificação e coleta de materiais para diagnóstico da Covid-19 conforme NOTA TÉCNICA COVID-19 N° 29/2020 - GEVS/SESA/ES - Definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta.

Deverá orientar o isolamento social para o paciente e todos os contatos que moram no mesmo domicílio por até 14 dias conforme a Portaria nº 454, de 29 de março de 2020 e fazer em duas vias os termos abaixo, sendo um para o paciente, outro para anexar ao prontuário:

> I - termo de consentimento livre e esclarecido de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020; e
>
> II - termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam ou trabalhem no mesmo endereço, nos termos do Anexo.

Mediante avaliação médica e consentimento do paciente, deverá ser preenchido o termo de consentimento livre e esclarecido sobre o uso deste protocolo por ainda não haver comprovação científica dessas medicações para cobid-19.

Pacientes com síndrome respiratória que tem indicação para tratamento com Tamiflu, deverá seguir prescrição conforme Protocolo para Influenza.

É de responsabilidade do médico prescritor fazer a monitorização dos pacientes que o mesmo indicar o tratamento:

- Realização de Eletrocardiograma antes do início do protocolo, no terceiro dia e 5 dias de tratamento;
- Monitorização da Função Renal e hepática;

Este comitê reconhece que não há evidências científicas de comprovação para tratamento específico para a COVID-19 e poderá alterar este documento mediante as alterações e novas evidências científicas.


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## 1 DEFINIÇÕES DE CASO

| | |
|---|---|
| **Caso suspeito** | ▪ Paciente com sintomas compatíveis com COVID-19 na ausência de outra etiologia que possa explicar completamente a situação clínica, mesmo na ausência de contato com caso conhecido.<br>▪ Antecedente de contato com paciente com COVID-19 em período menor que 14 dias. |
| **Sintomas inespecíficos** | ▪ Temperatura maior ou igual a 37,8 °C;<br>▪ Tosse seca;<br>▪ Anorexia;<br>▪ Astenia;<br>▪ Odinofagia;<br>▪ Dor de cabeça persistente;<br>▪ Diarreia;<br>▪ Calafrios;<br>▪ Mialgia – artralgia;<br>▪ Pouca ou nenhuma secreção de vias aéreas superiores;<br>▪ Rash cutâneo ou manifestações cutâneas inespecíficas;<br>▪ Conjuntivite;<br>▪ Outros sintomas gastrintestinais: náuseas, vômitos, dor abdominal;<br>▪ Hipotermia. |
| **Sintomas característicos com alta probabilidade diagnóstica** | ▪ Anosmia;<br>▪ Ageusia;<br>▪ Dificuldade respiratória;<br>▪ Sensação de bolus na garganta;<br>▪ Peso ou opressão na região esternal;<br>▪ Lesões vasculares nas extremidades. |
| ▪ A combinação dos inespecíficos com um dos sintomas de alta probabilidade praticamente faz o diagnóstico clínico.<br>▪ A presença de sintomas inespecíficos com ou sem um dos sintomas de alta probabilidade em pessoa que teve contato com paciente positivo para COVID-19 ou que resida na mesma casa de paciente positivo para COVID-19 faz o diagnóstico clínico. Durante uma pandemia o diagnóstico clínico passa a ser o mais sensível. | |
| **Casos confirmados** | Paciente com *swab* nasofaríngeo e/ ou orofaríngeo positivo para pesquisa de SARS-COV-2 por RT-PCR independentemente de sinais e sintomas clínicos.<br>Paciente com alta suspeita clínica e imagem radiológica característica com *swab* nasofaríngeo e/ou orofaríngeo negativo.<br>O tratamento deve ser iniciado antes do resultado do teste que pode demorar ou ter sensibilidade baixa. Durante uma pandemia o diagnóstico clínico passa a ser o mais sensível. |


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## 1.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

| | Teste molecular RT-PCR | Teste Rápido IGG/IGM |
|---|---|---|
| **Princípio do teste** | PCR em tempo real >> detecção do RNA do vírus | Imunomatográfico >> detecção de anticorpos IgM e IgG |
| **Material** | ▪ Swab de nasofaringe<br>▪ Aspirado traqueal<br>▪ Lavado broncoalveolar | Soro e/ou sangue capilar |
| Tempo ideal para coleta | **Do 4º ao 7º dia após o início dos sintomas** | ▪ **A partir do 8º dia, do início dos primeiros sintomas, considerando o mínimo de 72 horas após desaparecimento dos sintomas.**<br>▪ **Agendamento padronizado a partir do 13º dia.** |

## 2 FASES DA COVID-19

| INCUBAÇÃO: de 4 a 14 dias em seguida à exposição. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FASE 1** | **Viral** | **Duração média de até 5 dias** | | Ambulatorial |
| **FASE 2** | **Fase Inflamatória 2A** | **A partir do 5º dia** | Sem hipóxia | Ambulatorial |
| | **Fase Inflamatória 2B** | **A partir do 7º dia** | Com hipóxia | Preferentemente Hospitalar |
| **FASE 3** | **Hiperinflamatória** | **A partir do 10º dia.** | Obrigatoriamente hospitalar | Obrigatoriamente hospitalar |

| RECOMENDAÇÃO |
|---|
| Isolamento domiciliar obrigatório por 14 dias desde o início dos sintomas que pode ser prolongado por no mínimo 72h após o desaparecimento dos sintomas clínicos. |


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

**ALTA DO PACIENTE AMBULATORIAL**

- Resolução dos sintomas e normalização dos exames laboratoriais mais importantes.
- Alguns exames podem permanecer alterados, especialmente os que indicam inflamação.
- A resolução das lesões em vidro fosco pulmonares pode demorar, as lesões em vidro fosco podem desaparecer parcialmente ou podem permanecer como cicatrizes/ fibrose pulmonar.
- Ver as recomendações acima sobre o isolamento domiciliar e alta clínica.

## 2.1 DEFINIÇÃO DAS FASES

| FASE 1 VIRAL | Duração média de até 5 dias |
|---|---|
| **Formas de apresentação** | Sintomas, sinais e exames indicados. |
| **Assintomático** | Nesse período o indivíduo, sem restrições na vida normal, é responsável pela maior disseminação da doença. |
| **Sintomático** | ▪ Temperatura maior ou igual a 37,8 °C;<br>▪ Cefaleia resistente a drogas analgésicas comuns;<br>▪ Astenia;<br>▪ Anosmia;<br>▪ Ageusia; |
| **Exames laboratoriais** | ▪ Leucopenia, leucocitose e linfopenia leve;<br>▪ Linfopenia é o achado mais comum em mais de 80% dos casos descritos;<br>▪ Outros exames laboratoriais em geral são normais;<br>▪ Aumento de gama-GT pode ser anterior ao aumento das transaminases (transaminite);<br>▪ O D-dímero se aumentado nessa fase indica início da fase 2A.<br>▪ Relação neutrófilos/linfócitos (valor normal 0,78-3,53) é um marcador de inflamação subclínica. |
| **Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)** | Os achados não são específicos e o exame pode ser normal na fase inicial da doença em até 70% dos casos. |
| **Replicação viral crescente ao longo dos dias. Resposta inflamatória inicial.** | |


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

| FASE 2A (sem hipóxia) | Início: a partir do 5º dia |
|---|---|
| **Formas de apresentação** | ▪ Tosse seca (sem dispneia);<br>▪ Temperatura maior que 37,8 °C;<br>▪ Mialgia;<br>▪ Artralgia;<br>▪ Calafrios;<br>▪ Hipotermia;<br>▪ Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal. |
| **Exames laboratoriais** | Linfopenia mais acentuada. Plaquetopenia discreta.<br>Aumento progressivo de D-dímero e marcadores inflamatórios (PCR, VSH e outros).<br>Aumento de transaminases. |
| **Exames laboratoriais adicionais** | Saturação de O2 pelo oxímetro digital normal. |
| **Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)** | O acometimento pulmonar é subestimado pela baixa sensibilidade.<br>Os achados nessa fase incluem opacidades de espaço aéreo (alveolares) ou infiltrado alvéolointersticial, multilobares e bilaterais. |
| **Diminuição da replicação viral e intensificação da resposta inflamatória.** | |

| FASE 2B (com hipóxia) | Início: a partir do 7º dia<br>Resultados |
|---|---|
| **Formas de apresentação:** | ▪ Limitação física para as atividades normais;<br>▪ Aumento da frequência respiratória > 24 ipm (incursões por minuto);<br>▪ Dispneia leve;<br>▪ Arritmia cardíaca, taquicardia ou crises hipertensivas súbitas<br>Hipóxia (oxímetro digital).<br>▪ Menor que 95 % para jovens.<br>▪ Menor que 93% para idosos. |
| **Exames laboratoriais:** | Linfopenia maior.<br>Plaquetopenia. Se importante e progressiva piora o prognóstico.<br><br>Relação neutrófilos/ linfócitos:<br>Marcador de inflamação subclínica (normal: 0,78 a 3,53). A elevação se relaciona a pior prognóstico.<br>Aumento de transaminases.<br>Aumento moderado de CPK, DHL e PCR.<br>Aumento progressivo de D-dímero e outros marcadores de inflamação.<br>Aumento de fibrinogênio. |
| **Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)** | Opacidades alveolares multilobares e bilaterais melhor individualizadas. |
| **Finalização da replicação viral com inflamação pulmonar e hipóxia.** | |


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

| FASE 3 Hiperinflamatória | |
|---|---|
| **A partir do 10º dia e tratamento obrigatoriamente hospitalar** | |
| **Formas de apresentação** | Síndrome Respiratória Aguda Grave.<br>Insuficiências Cardíaca e Renal.<br>Linfohistiocitose hemofagocítica secundária (LHS).<br>Hepatomegalia e Esplenomegalia.<br>Aumento de linfonodos.<br>*Rash* cutâneo (considerar o diagnóstico diferencial com arboviroses).<br>Sepse.<br>Sangramento anormal.<br>Febre acima de 38,5º C.<br>Complicações cardíacas (miocardite, Infarto agudo do miocárdio).<br>Choque.<br>Microtrombose sistêmica.<br>Alterações hematológicas tipo Tromboembolismo Pulmonar e Síndrome de Coagulação Intravascular Disseminada. |
| **Exames Laboratoriais** | Citopenias progressivas.<br>Plaquetopenia. Se importante e progressiva piora o prognóstico.<br>Relação neutrófilos/ linfócitos: marcador de inflamação subclínica (normal: 0,78 a 3,53). A elevação se relaciona a pior prognóstico. Alterações de função hepática e renal.<br>Aumento de troponina.<br>Aumento da CPK.<br>Aumento dos marcadores inflamatórios. Aumento do Ddímero. |
| **Hipóxia** | Hipóxia (oxímetro digital)<br>▪ Menor que 96 % para jovens.<br>▪ Menor que 93% para idosos. |
| **Radiografia de tórax (menos sensível que a T.C.)** | Opacidades alveolares multilobares e bilaterais melhor individualizadas. |
| **Intensificação da resposta inflamatória e cascata da coagulação.** | |



**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## 3 TRATAMENTO PROPOSTO

| FASE 1 | FASE VIRAL - ATÉ 5 DIAS | RECOMENDAÇÕES |
|---|---|---|
| ***HIDROXICLOROQUINA (HCQ)***<br><br>***OU***<br><br>***DIFOSFATO DE CLOROQUINA*** | **HCQ**<br>**Primeiro dia:** 400 mg via oral de 12/12 horas.<br><br>**Do segundo ao quinto dia:** 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.<br><br>**CLOROQUINA**<br>**Primeiro dia:** 150 mg 3 comp. via oral de 12/12 horas (900mg/dia).<br><br>**Do segundo ao quinto dia:** 150mg 1 comp. via oral de 8/8 horas (450mg/dia). Tempo de uso de 5 a 10 dias. | Recomendamos ECG prévio.<br><br>Considerar a mudança da dose em pacientes portadores de doenças crônicas hepáticas ou renais e em pacientes com maior risco de arritmias cardíacas. |
| ***AZITROMICINA*** | **Azitromicina**: 1 cp de 500mg diariamente por 5 dias pela manhã. | Evitar uso com Taxa de Filtração Glomerular abaixo de 10 mg/dL.<br>Não administrar com Amiodarona e Sotalol.<br>Pode aumentar níveis de Digoxina. |
| ***ZINCO (Quelato de Zinco)*** | 66mg 1/dia por 10 dias. (manipulado).<br>Dosagem pediátrica 20mg/dia por 10 dias (manipulado). | |
| ***VITAMINA D*** | 1.000 UI/dia por 30 dias. | |
| ***IVERMECTINA*** | Ivermectina 6mg:<br>1cp de 6mg a cada 30kg.<br>Máximo de 3cp. | Não usar em crianças menores que 6 anos de idade e peso abaixo de 15kg. |
| ***NITAZOXANIDA (45ml)*** | 7,5mg/kg/dia – 12/12 horas por 03 dias. | Tratamento preferencial para menores de 06 anos ou abaixo de 15 kg. |
| ***CORTICOTERAPIA*** | Prednisona 20mg:<br>1cp via oral 1 vez ao dia por 5 dias.<br><br>**Dosagem pediátrica:**<br>Predinisola 1mg/kg por 5 dias. | Obs. Utilizar somente em casos específicos após avaliação médica, uma vez que nesta fase, não está presente o quadro inflamatório. |

**Avaliar caso a caso as contraindicações destas medicações para cada paciente. Avaliar a necessidade de novos ECGs durante o período do tratamento, sobretudo em pacientes de risco.**

**As medicações Hidroxicloroquina/Cloroquina e Azitromicina deverão ser administradas em horários diferentes do dia.**


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

| FASE 2A (SEM HIPÓXIA) | A PARTIR DO 5º DIA | RECOMENDAÇÕES |
|---|---|---|
| ***HIDROXICLOROQUINA (HCQ)***<br><br>***OU***<br><br>***DIFOSFATO DE CLOROQUINA*** | **HCQ**<br>**Primeiro dia:** 400 mg via oral de 12/12 horas.<br><br>**Do segundo ao quinto dia:** 400mg via oral à noite. Tempo de uso de 5 a 10 dias.<br><br>**CLOROQUINA**<br>**Primeiro dia:** 150 mg 3 comp. via oral de 12/12 horas (900mg/dia).<br><br>**Do segundo ao quinto dia:** 150mg 1 comp. via oral de 8/8 horas (450mg/dia). Tempo de uso de 5 a 10 dias. | Recomendamos ECG prévio.<br><br>Considerar a mudança da dose em pacientes portadores de doenças crônicas hepáticas ou renais e em pacientes com maior risco de arritmias cardíacas. |
| ***AZITROMICINA*** | Azitromicina:<br><br>1 cp de 500mg diariamente por 5 dias, de manhã. | Evitar uso com Taxa de Filtração Glomerular abaixo de 10 mg/dL.<br>Não administrar com Amiodarona e Sotalol.<br><br>Pode aumentar níveis de Digoxina.<br><br>Observar arritmia cardíaca. |
| ***ZINCO (QUELATO DE ZINCO)*** | 66mg 1/dia por 10 dias. (manipulado).<br><br>Dosagem pediátrica 20mg/dia por 10 dias (manipulado). | |
| ***VITAMINA D*** | 1.000 UI/dia por 30 dias. | |
| ***IVERMECTINA*** | Ivermectina 6mg.<br>1cp de 6mg a cada 30kg.<br>Máximo de 3cp. | Não usar em crianças menores que 6 anos de idade e peso abaixo de 15 kg. |
| ***NITAZOXANIDA (45ML)*** | 7,5mg/kg/dia – 12/12 horas por 03 dias. | Tratamento preferencial para menores de 06 anos ou abaixo de 15 kg. |
| ***CORTICOTERAPIA*** | Prednisona 20mg 2cp via oral 1 vez ao dia por 5 dias, de manhã;<br><br>**Dosagem pediátrica:**<br>Predinisola 1mg/kg por 5 dias. | |

**Avaliar caso a caso as contraindicações destas medicações para cada paciente.**

**Avaliar a necessidade de novos ECGs durante o período do tratamento, sobretudo em pacientes de risco.**

**As medicações Hidroxicloroquina e Azitromicina deverão ser administradas em horários diferentes do dia.**


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

| FASE 2B (COM HIPÓXIA) | A PARTIR DO 7º DIA | RECOMENDAÇÕES |
|---|---|---|
| **Indicação de internação hospitalar.<br>Acompanhado de exames prévios e atualizados, acompanhado do ECG prévio e atualizado.** | | |
| **OBS: Se realizado RAIO-X, encaminhar em anexo e atualizar.** | | |

**NOTA**

De acordo com avaliação médica, poderá haver a necessidade de associação de antibióticos, sendo proposto o uso dos seguintes:

| FÁRMACO | POSOLOGIA |
|---|---|
| **Levofloxacina** | 500mg a 750mg 1/dia por 7-10 dias VO<br>Obs. Evitar associação com azitromicina |
| **Amoxicilina** | 500mg 8/8 horas por 7-10 dias VO |
| **Amoxicilina + Clavulanato** | 500mg + 125mg 8/8 horas por 7-10 dias VO |
| **Claritromicina** | 500mg 12/12 horas por 10 dias |

## 4. PROFILAXIA PROPOSTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esquema para profilaxia de profissionais de saúde:

| | |
|---|---|
| ***VITAMINA D*** | *1.000 UI/dia* |
| ***ZINCO (Quelato de Zinco)*** | 66mg/dia |
| ***IVERMECTINA*** | 6mg: 1cp de 6mg a cada 30kg (máximo de 3cp). Repetir a cada 15 dias na dosagem 6mg para cada 30Kg de peso ou 12 mg para cada 60Kg de peso corpórea. |

OBS.: Os profissionais de saúde que optarem pela profilaxia deverão ser avaliados e quando aptos para o uso deverão assinar termo de consentimento informado de profilaxia.


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## ANEXO I - DEFINIÇÃO DE PACIENTES DE RISCO

- Pacientes acima de 60 anos.
- Pacientes com relato de cardiopatia e uso de medicações que pode prolongar o intervalo QT (consulte crediblemeds.org).
- Pacientes com frequência cardíaca inferior a 60 bpm.
- Outras situações: anorexia ou inanição; feocromocitoma; pós parada cardiorrespiratória recente; pós hemorragia subaracnóidea, acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio encefálico (primeira semana).
- Esse perfil de paciente de risco deve realizar ECG e, caso sejam encontradas alterações que possam predispor a arritmias, deve ser solicitada avaliação de médico cardiologista de forma presencial ou por telemedicina. Após avaliação adequada, considerar terapia com paciente hospitalizado. Na impossibilidade de acesso ao cardiologista ou telemedicina, calcular o intervalo QT corrigido pela frequência cardíaca:
- Intervalo QTc < 450ms pode-se indicar Hidroxicloroquina/Cloroquina e Azitromicina.
- Intervalo QTc entre 450 a 500ms fazer somente Hidroxicloroquina.
- Intervalo QTc > 500ms encaminhar para internação e não prescrever Hidroxicloroquina/Cloroquina e Azitromicina.


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## ANEXO II – MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID-19

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina.

### OS PROCEDIMENTOS, 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 demostraram 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 pacientesque 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;*
> ***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.*


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

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.**

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados 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).

***Assinatura do Paciente ou Responsável:***

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

Data: _____/_____/_____ Hora: _____: _____

## 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.

Nome do médico: _____ CRM: _____


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br

## REFERÊNCIAS

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 8/2020 – PARECER CFM no 4/2020
INTERESSADO: Conselho Federal de Medicina ASSUNTO: Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina
RELATOR: Cons. Mauro Luiz de Britto Ribeiro. (Acesso no site portal.cfm.org.br)

CRM-ES reforça orientação sobre uso de medicamentos em pacientes com Covid-19.
Disponível em:
http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21987:2020-05-21-14-46-44&catid=3:noticias&Itemid=462

É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente – Inciso II, Capítulo II, do Código de Ética Médica.
Disponível em:
http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21987:2020-05-21-14-46- 44&catid=3:noticias&Itemid=462).

ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19.
Disponível em: https://saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/ORIENTA----ES-D-PARA-MANUSEIO-MEDICAMENTOSO-PRECOCE-DE-PACIENTES-COM-DIAGN--STICO-DA-COVID-19.pdf


**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**
Secretária: Vanessa Leocádio Adami
Rua Prefeito Antônio Lacerda, nº 79, Centro, Iúna/ES, CEP 29 390-000
CNPJ nº 10.700.103/0001-18 | (28) 3545 1162 | www.iuna.es.gov.br/saude | saude@iuna.es.gov.br