



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

PORTARIA INTERNA Nº004/2021

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO DOS GAÚCHOS-MT, NOLAR SOARES DE ALMEIDA, USANDO SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS, QUE LHE CONFERE A LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE PORTO DOS GAÚCHOS-MT.

RESOLVE:

ART. 1º Esta portaria dispõe sobre medidas que objetivam a proteção dos profissionais de saúde e da coletividade, enquanto houver vigência o Decreto Municipal nº 020/2021 que institui novas medidas restritivas para prevenir a disseminação da COVID-19 e dá outras providências.

CONSIDERANDO a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus humano (COVID19) declarada pela OMS e a situação epidemiológica brasileira;

CONSIDERANDO a inexistência de terapias farmacológicas específicos para COVID-19;

CONSIDERANDO a taxa de letalidade da doença em indivíduos de idade avançada em razão da insuficiência de alternativas terapêuticas para essa população em específico;

CONSIDERANDO que a prescrição de toda e qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e que o tratamento do paciente portador de COVID-19 deve ser baseado na autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente que deve ser a mais próxima possível, com objetivo de oferecer o melhor tratamento disponível no momento.

Com base na Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, na Medida Provisória n.º 926 e o Ministério da Saúde disponibilizou para uso, em casos confirmados e à critério médico, o medicamento cloroquina e hidroxiclороquina como terapias adjuvantes no tratamento de formas graves, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor.

ART.2º Objetivando a regulamentação de medidas para enfrentamento de emergência em saúde pública em decorrência do COVID 19 e padronização de acordo com orientação do ministério da saúde e resolução da comissão de farmácia e terapêutica municipal define o protocolo de tratamento para COVID 19 no município de Porto dos Gaúchos/MT.



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

ART.3º Fica Estabelecido o protocolo municipal e manejo clínico de tratamento para COVID19 em paciente adulto, seguindo a classificação de sinais e sintomas conforme orientação do Ministério da Saúde, realizado com autonomia de assinatura do termo de ciência e consentimento.

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
Anesumia, ageusia, Coriza, Diarréia, Dor abdominal, febre, tosse, mialgia, fadiga, cefaleia.	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. Encaminhar para o Hospital Municipal	Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no Tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto. Encaminhar para o Hospital Municipal

PACIENTES COM SINTOMAS LEVES		EXAMES
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS	DIFOSFATO DE CLOROQUINA D1: 450mg 12/12h D2 ao D5: 450 mg 24/24h Ou SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h + AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias + PREDINISONA 20 mg 2 comp. ao dia, durante 5 dias + IVERMECTINA 6 mg – conforme peso do paciente	TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA DE SINTOMAS TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS ELETROCARDIOGRAMA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SOROLOGIA DENGUE



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM GESTANTES</p>	<p>PRESCREVER DO 1º AO 14º DIA</p> <p>DIFOSFATO DE CLOROQUINA D1: 500mg 12/12h D2 ao D5: 500 mg 24/24h +</p> <p>AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p>APÓS O 14º DIA PRESCREVER TRATAMENTO SINTOMÁTICO.</p>	<p>TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>HEMOGRAMA, PCR, URÉIA, CREATINIA, INFLUENZA+ H1N1, D-DÍMERO</p> <p>ELETROCARDIOGRAMA</p> <p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SOROLOGIA DENGUE</p>
<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS</p>	<p>Fase 1 (1 ao 5º dia) Fase 2 (6º ao 14 dia)</p> <p>CLOROQUINA BASE 6mg/kg/dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) +</p> <p>AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia.</p> <p>Ou Sulfato de Hidroxicloroquina 6mg/Kg ao dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) +</p> <p>AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia.</p> <p>Osetalmivir por até 5 dias até exclusão de influenza.</p> <p>Fase 3 após o 14º dia prescrever medicamento sintomático.</p>	<p>TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SOROLOGIA DENGUE</p>



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

PACIENTES COM SINTOMAS MODERADOS		EXAMES
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS	<p>DIFOSFATO DE CLOROQUINA.D1: 450mg 12/12h. D2 ao D5: 450 mg 24/24h. Ou</p> <p>SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h</p> <p>+ AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias.</p> <p>PREDINISONA 20 mg 2 comp. ao dia, durante 5 dias. OU</p> <p>DEXAMETASONA 1º dia 20mg+ SF0,9% 100ml correr em 30min 2º ao 5º dia:10mg+SF0,9% 100ml correr em 30min</p> <p>HEPARINA não fracionada 5milUI12/12h em peso menor que 70kg e se peso maior que 70kg de 8/8h. OU</p> <p>ENOXAPARINA 40mg se peso menor que 70kg e 60mg se peso maior que 70 kg por 7 dias e por 15 dias se apresentar alto risco de base para trombose.</p>	<p>Considerar a Internação Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none">-Afastar outras causas de gravidade-Avaliar presença de infecção bacteriana-Considerar imunoglobina humana-Considerar anticoagulação do início de sintomas até 5 dias <p>Considerar corticoterapia</p> <p>EXAMES: TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>HEMOGRMA PCR, TGO, TGP, UREIA CREATININA INFLUENZA +H1N1</p> <p>ELETROCARDIOGRAMA, D-DIMERO</p> <p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FAZER SOROLOGIA DENGUE</p>
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM GESTANTES	<p>PRESCREVER DO 1º AO 14º DIA</p> <p>DIFOSFATO DE CLOROQUINA D1: 500mg 12/12h D2 ao D5: 500 mg 24/24h +</p> <p>AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p>APÓS O 14º DIA PRESCREVER TRATAMENTO SINTOMÁTICO.</p>	<p>-Considerar a Internação Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none">-Afastar outras causas de gravidade-Avaliar presença de infecção bacteriana-Avaliar vitalidade fetal, Ecografia <p>EXAMES: TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>HEMOGRMA PCR, TGO, TGP, UREIA CREATININA INFLUENZA +H1N1,</p>



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

		ELETROCARDIOGRAMA D-DIMERO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FAZER SOROLOGIA DENGUE
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	<p>Fase 1 (1 ao 5º dia) Fase 2 (6º ao 14 dia)</p> <p>CLOROQUINA BASE 6mg/kg/dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) +</p> <p>AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia.</p> <p>Ou Sulfato de Hidroxicloroquina 6mg/Kg ao dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) +</p> <p>AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia.</p> <p>Osetalmivir por até 5 dias até exclusão de influenza.</p> <p>Fase 3 após o 14º dia prescrever medicamento sintomático.</p>	<p>-Considerar a Internação Hospitalar</p> <p>- Afastar outras causas de gravidade</p> <p>- Avaliar presença de coninfção hospitalar</p> <p>-Considerar a realização de Tomografia</p> <p>EXAMES: TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>HEMOGRMA PCR, TGO, TGP, UREIA CREATININA INFLUENZA +H1N1,</p> <p>ELETROCARDIOGRAMA</p> <p>D-DIMERO</p> <p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FAZER SOROLOGIA DENGUE</p>



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

PACIENTES HOSPITALIZADOS COM FORMAS GRAVES DA COVID-19-CASOS CRÍTICOS DA COVID-19		
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS	<p>SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA</p> <p>D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h</p> <p>+ AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias.</p> <p>PREDINISONA 20 mg 2 comp. ao dia, durante 5 dias. OU DEXAMETASONA 1º dia 20mg+ SF0,9% 100ml correr em 30mim 2º ao 5º dia:10mg+SF0,9% 100ml correr em 30mim</p> <p>HEPARINA não fracionada 5milUI12/12h em peso menor que 70kg e se peso maior que 70kg de 8/8h. OU</p> <p>ENOXAPARINA 40mg se peso menor que 70kg e 60mg se peso maior que 70 kg por 7 dias e por 15 dias se apresentar alto risco de base para trombose.</p>	<p>Considerar a Internação Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none">-Afastar outras causas de gravidade-Avaliar presença de infecção bacteriana-Considerar imunoglobina humana-Considerar anticoagulação-Considerar corticoterapia <p>EXAMES: TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 14º DIA</p> <p>TESTE DE PESQUISA DE ANTÍGENO COM COLETA DE SWAB NASAL PARA COVID 19 EM PACIENTES COM 3 A 7 DIAS DE SINTOMAS</p> <p>HEMOGRAMA, PCR UREIA CREATININA TGO E TGP INFLUENZA +H1N1 TOMOGRAFIA DE TÓRAX D-DIMERO TROPONINA PAINEL CARDÍACO ELETROCARDIOGRAMA SOROLOGIA DENGUE</p>
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM GESTANTES	<p>PRESCREVER DO 1º AO 14º DIA</p> <p>DIFOSFATO DE CLOROQUINA D1: 500mg 12/12h D2 ao D5: 500 mg 24/24h +</p> <p>AZITROMICINA 500mg 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p>APÓS O 14º DIA PRESCREVER TRATAMENTO</p>	<p>Considerar a Internação Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none">-Afastar outras causas de gravidade(pré eclampsia e HELLP).-Avaliar presença de infecção bacteriana-Avaliação fetal de Ecografia-Considerar Pulsoterapia com corticóide- Se síndrome respiratória aguda grave,, considerar antecipação/resolução do parto. <p>EXAMES:</p>



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

	SINTOMÁTICO.	TESTE RÁPIDO COVID 19 A PARTIR DO 8º DIA PCR SWAB DO 3º AO 7º DIA DE SINTOMAS HEMOGRAMA, PCR UREIA CREATININA TGO E TGP INFLUENZA +H1N1 TOMOGRAMIA D-DIMERO TROPONINA PAINEL CARDÍACO ELETROCARDIOGRAMA SOROLOGIA DENGUE
RECOMENDAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	Fase 1 (1 ao 5º dia) Fase 2 (6º ao 14 dia) CLOROQUINA BASE 6mg/kg/dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) + AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia. Ou Sulfato de Hidroxicloroquina 6mg/Kg ao dia por 5 dias 1x ao dia (máximo de 300mg dia) + AZITROMICINA 10mg/kg no primeiro dia, seguida de 5mg/kg seguida por 04 dias com limite de 500mg/dia. Osetalmivir por até 5 dias até exclusão de influenza. Fase 3 após o 14º dia prescrever medicamento	Realizar internação hospitalar em unidade de terapia intensiva



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

	sintomático.	
--	--------------	--



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE- USO DE MEDICAMENTO
CLOROQUINA E HIDROXICLOROQUINA.**

Eu, _____(nome do (a) paciente), declare ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento da infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas esclarecidas pelo médico _____(nome do médico que prescriptor). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- 1.Melhora dos sintomas;
- 2.Prevenção de complicações associadas com a doença.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Cloroquina e hidroxicloroquina: principais reações adversas são usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento; problemas nos olhos, como visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, alterações emocionais, problemas para escutar, convulsões, problemas no coração, problemas nos músculos dos cílios, causando dificuldade para ler, diarreia, perda de apetite, náusea, dor no estômago, vômito, dor de cabeça, coceira, descoloração e queda de cabelo, descoloração da pele, das unhas ou no interior na boca, tontura, nervosismo, inquietação, vermelhidão, problemas de pele.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Data e Local:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal:

Médico responsável: CRM: ____UF__ Assinatura e carimbo do médico: Porto dos Gaúchos/MT ____2021.

Observação: Este Termo deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada no prontuário médico, e a outra será entregue ao paciente ou a seu responsável legal.



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos
Secretaria Municipal de Saúde

ART.4º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Registra-se

Publica-se

Cumpra-se

Secretaria Municipal de Saúde, Município de Porto dos Gaúcho/MT, 21 de janeiro de 2021.

NOLAR SOARES DE ALMEIDA

Decreto 014/2021

Secretário Municipal de Saúde