



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 122/20 - CIB/RS

Define o fluxo de distribuição de medicamentos, enviados pelo Ministério da Saúde, para o tratamento específico da COVID-19 no estado do RS.

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS do Ministério da Saúde, que dispõe sobre orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19;

a Nota Informativa COE COVID-19/SES-RS de 02 de junho de 2020, que dispõe sobre as Recomendações acerca da Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS;

a excepcionalidade da indicação médica de uso de medicamentos para o tratamento específico da COVID-19, a qual deve ser baseada na aproximação e relação médico-paciente, com o objetivo de oferecer o melhor tratamento disponível no momento.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir o fluxo de distribuição de medicamentos, enviados pelo Ministério da Saúde, para o tratamento específico da COVID-19.

Parágrafo Único - O Fluxo de distribuição disposto nesta Resolução aplica-se aos medicamentos encaminhados pelo Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso da COVID-19 definido na Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS do Ministério da Saúde e posteriores atualizações.

Art. 2º - Para acesso aos medicamentos em **âmbito ambulatorial**, as Secretarias Municipais de Saúde serão responsáveis pelo fornecimento e dispensação dos medicamentos enviados pelo Ministério da Saúde para o tratamento específico da COVID-19.

§ 1º - É prerrogativa de cada Secretaria Municipal de Saúde a definição dos estabelecimentos de saúde responsáveis pela dispensação dos medicamentos, sendo que:

I. O estabelecimento de saúde responsável pela dispensação do medicamento deverá contar com a presença de farmacêutico;

II. Os medicamentos deverão estar disponíveis em serviços de urgência ou emergência ou no âmbito da atenção especializada e;

III. Cabe ao estabelecimento de saúde verificar e manter arquivados os documentos obrigatórios referidos no art. 4º desta Resolução para dispensação dos medicamentos.

§ 2º - Cabe às Secretarias Municipais de Saúde o encaminhamento formal da necessidade dos medicamentos para a Secretaria de Saúde do Estado, que estará disponível na página eletrônica da SES, com vista a atender o cronograma de programação proposto pelo Ministério da Saúde.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

§ 3º - Na eventualidade do Ministério da Saúde encaminhar parcialmente o quantitativo solicitado pelas Secretarias Municipais de Saúde, o medicamento será distribuído pela Secretaria de Saúde do Estado considerando a proporcionalidade de cada pedido e no número de casos confirmados de coronavírus em cada Município.

§ 4º - Cabe à Secretaria da Saúde do Estado o recebimento dos medicamentos encaminhados pelo Ministério da Saúde.

§ 5º - A Secretaria da Saúde do Estado disponibilizará os medicamentos para a retirada pelas Secretarias Municipais de Saúde nas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde, exceto para os Municípios das Regiões de Saúde 6, 7, 8, 9 e 10, os quais retirarão o medicamento no almoxarifado central de medicamentos da SES.

§ 6º - Após o recebimento dos medicamentos pela Secretaria da Saúde do Estado, é de responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde a devida gestão do medicamento, incluindo posterior descarte.

Art. 3º - Para acesso aos medicamentos para o tratamento específico da COVID-19 em **âmbito hospitalar**, a Secretaria da Saúde do Estado realizará o pedido ao Ministério da Saúde para abastecimento da rede, de acordo com o consumo registrado no sistema AME-COVID19.

§ 1º - A distribuição pela Secretaria de Saúde do Estado se dará junto aos hospitais de referência de armazenamento e distribuição de medicamento no Estado do Rio Grande do Sul.

§ 2º - Cada hospital, conforme referido no §1º, definido pela Secretaria da Saúde do Estado será a referência no território para a disponibilidade desses medicamentos para os demais hospitais.

§ 3º - Os hospitais de referência de armazenamento e distribuição, de que trata o §1º e 2º, deverão utilizar o sistema AME-COVID19 para gestão de estoques, além do envio regular de demais informações solicitadas pela SES.

Art. 4º - É obrigatória para a dispensação ou administração do medicamento a prescrição médica devidamente preenchida de acordo com as normas sanitárias vigentes e a presença Termo de Ciência e Consentimento preconizado pelo Ministério da Saúde (Anexo) assinados pelo médico prescritor e pelo paciente ou seu responsável, devendo tais documentos serem arquivado no estabelecimento de saúde e/ou prontuário do usuário, caso existente.

Art. 5º - As Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais de referência no armazenamento e distribuição, encaminharão informações referentes à gestão e ao acompanhamento dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde para COVID-19, sempre que solicitado pela Secretaria da Saúde do Estado.

Art. 6º - Compete aos estabelecimentos de saúde, referidos nos Art. 2º e Art. 3º desta Resolução, o monitoramento de possíveis reações adversas dos medicamentos e registro no Notivisa.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 04 de maio de 2020.

DIEGO ESPÍNDOLA
Presidente do Conselho das
Secretarias Municipais de Saúde –
COSEMS/RS

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores
Bipartite/RS

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 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;
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.

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).

_____, ____ de _____ : ____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____
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.

_____, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Assinatura: _____