

**SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE  
PORTARIA Nº 004/2020**

O Secretário de Meio Ambiente do Município de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, no uso de sua competência legal, com fulcro no § 2º do art.4º do Decreto Municipal nº 13.847, de 05 de maio de 2008,

RESOLVE:

Art.1º. Determinar instauração de Sindicância Administrativa, através de Comissão de Sindicância constituída por esta Portaria, com finalidade de apurar os fatos constantes nos autos do processo administrativo Nº 4938298/2019.

Art. 2º. Designar os servidores Alexandre Sobreiro Ribeiro, Alexsandro Amaral e Alcimara Rodrigues Miranda, respectivamente, presidente, membro e secretário, para constituir a Comissão de Sindicância.

Art. 3º. A Comissão de Sindicância constituída respeitará as normas expressas no Decreto Municipal Nº 13.487, de 05 de maio de 2008 e na Lei Municipal Nº 2.994, de 17 de dezembro de 1982.

Art.4º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua Publicação.

Vitória, 24 de junho de 2020  
Ademir Barbosa Filho  
Secretário Municipal de Meio Ambiente

RESUMO DE ATOS ASSINADOS PELO PREFEITO MUNICIPAL EM 30.06.2020.

EXONERANDO, A PEDIDO, NA FORMA DO ART. 60, §1º, INCISO I, DA LEI Nº 2.994/82.

NA SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA CIDADE:

. Zilmária Vicente Santos de Azevedo do cargo comissionado de Chefe de Equipe de Serviços Administrativos, PC-OP2.

. Peterson William Pimentel de Souza do cargo comissionado de Gerente de Calçada Cidadã, PC-T.

NA SECRETARIA DE FAZENDA:

. Rosilane Goncalves Cintra Matos do cargo comissionado de Assistente, PC-OP5.

NA SECRETARIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E COMUNICAÇÃO:

. Bruno Malias Mendes do cargo comissionado de Assessor Adjunto, PC-E.

EXONERANDO, NA FORMA DO ART. 60, §1º, INCISO II, DA LEI Nº 2.994/82.

NA SECRETARIA DE SAÚDE:

. Regina Julia Lourenco do cargo comissionado de Chefe de Equipe de Manutenção, PC-OP2.

NA SECRETARIA DE CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E TRABALHO:

. Huagner Gideon Gomes da Silva do cargo comissionado de Encarregado, PC-OP3.

NOMEANDO, NA FORMA DO ART. 11, INCISO III, DA LEI Nº 2.994/82.

NA SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA CIDADE:

. Anna Carolina Mota Aguiar para exercer o cargo comissionado de Chefe de Equipe de Serviços Administrativos, PC-OP2.

. Nadia de Almeida Rasseli para exercer o cargo comissionado de Gerente de Calçada Cidadã, PC-T.

NA SECRETARIA DE SAÚDE:

. Jessica Kessia Vieira para exercer o cargo comissionado de Encarregado, PC-OP3.

. Renan Gustavo Pontes Flores para exercer o cargo comissionado de Chefe de Equipe de Manutenção, PC-OP2.

NA SECRETARIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E COMUNICAÇÃO:

. Leo Figueiredo Bortolini para exercer o cargo comissionado de Assessor Adjunto, PC-E.

NA SECRETARIA DE CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E TRABALHO:

. Rafaela Nascimento Bronze para exercer o cargo comissionado de Encarregado, PC-OP3.

**SECRETARIA DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 022/2020**

Dispõe sobre o protocolo para o uso dos medicamentos Ivermectina e Cloroquina/Hidroxicloroquina nos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

A Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições conferidas pelo Art. 117 da Lei Orgânica do Município de Vitória;

Considerando a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, bem como de Pandemia pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19);

Considerando a inexistência, até o momento, de evidência científica robusta que possibilite a indicação de terapia medicamentosa específica de intervenção na COVID-19;

Considerando o desenvolvimento de pesquisas ainda em andamento, em diversas fases de estudo e durante o próprio curso da doença, bem como a recomendação de acompanhamento dos avanços científicos no enfrentamento da COVID-19;

CONSIDERANDO a relevância dos estudos clínicos observacionais em municípios, estados e diversos países;

Considerando a larga experiência no uso de alguns medicamentos no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o Parecer CFM nº 4/2020 que considera o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento de pacientes portadores de COVID-19 a partir do princípio da autonomia médica e da decisão compartilhada, com valorização da relação médico-paciente e mediante o consentimento livre e esclarecido do paciente;

Considerando a necessidade de avaliação dos pacientes através de anamnese, exame físico e, se necessário, exames complementares nos equipamentos de saúde do SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecimento de orientações relacionadas à intervenção farmacológica nos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 no Município de Vitória;

RESOLVE:

**Art. 1º.** Instituir, no âmbito da rede de serviços do Sistema Único de Saúde Municipal, o protocolo para o uso dos medicamentos Ivermectina e Cloroquina/Hidroxicloroquina nos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sob criteriosa avaliação médica e condicionado a realização de:

I – notificação do agravo;

II – emissão de receita médica, conforme estabelecido nas legislações vigentes; e

III – assinatura do(s) termo(s) de consentimento livre e esclarecido.

Parágrafo Único. O médico responsável deverá informar ao paciente e/ou seu responsável legal, em linguagem clara e objetiva, o(s) medicamento(s) e a(s) posologia(s) prescrita(s), os efeitos adversos do(s) medicamento(s) proposto(s), a inexistência de garantia de resultados positivos, os riscos de uso e a importância da manutenção de recomendações gerais e sociais.

**Art. 2º.** Após o total conhecimento das condições do tratamento com o uso do(s) medicamento(s) prescrito(s), o paciente ou seu responsável legal deverá assinar o(s) termo(s) de consentimento correspondente(s), conforme disposto nos Anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo Único. Os termos de consentimento que tratam o *caput* deste artigo prevêm que o paciente poderá desistir do tratamento.

**Art. 3º.** O médico deverá assinar o(s) termo(s) de consentimento em duas vias, como responsável pela prescrição e pelos esclarecimentos detalhados ao paciente ou seu responsável legal acerca do tratamento e seus efeitos colaterais, constantes nos Anexos I e II desta Portaria.

**Art. 4º.** Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento do paciente deverão registrar no prontuário eletrônico todas as medidas adotadas, bem como registrar em relatório específico os encaminhamentos relacionados ao monitoramento do caso.

**Art. 5º.** Para o fornecimento do(s) medicamento(s) prescrito(s) na rede municipal de saúde, o paciente ou seu representante legal deverá apresentar a prescrição médica junto ao(s) termo(s) de consentimento correspondente(s), devidamente assinado pelo médico responsável e pelo paciente ou seu representante legal, observando as normas técnicas e administrativas estabelecidas na Portaria Municipal nº 53/2012.

Parágrafo Único. O fornecimento do(s) medicamento(s) está condicionado à confirmação de realização da notificação do agravo.

**Art. 6º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 29 de junho de 2020.

Cátia Cristina Vieira Lisboa  
Secretária Municipal de Saúde

#### ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE IVERMECTINA NO TRATAMENTO DA 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 indicam suspeita ou confirmação de diagnóstico da COVID-19.

E com base neste diagnóstico me foi orientado o tratamento com Ivermectina.

#### BENEFÍCIOS E RISCOS:

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

1. Ainda não há evidências científicas robustas que comprovem o benefício inequívoco da Ivermectina no tratamento da COVID-19.

2. A Ivermectina é um medicamento indicado para tratamento de estrogiloidíase intestinal, oncocercose, filariose, ascariíase, escabiose e pediculose. Foi analisada sua atividade antiviral utilizando dados farmacocinéticos de ensaios clínicos com pessoas com infecção parasitária juntamente com achados inibitórios da SARS-CoV-2 *in vitro*. Entretanto, existem poucas evidências em relação à sua atividade *in vivo*.

3. As reações adversas, em geral de natureza leve e transitória: diarreia, náusea, astenia, dor abdominal, anorexia, constipação e vômito. Pode ocorrer tontura, sonolência, vertigem e tremor.

4. As contra indicações estão relacionadas a pacientes com história de alergia ao uso prévio; doença no sistema nervoso central como meningite ou outras afecções que possam afetar a barreira hematoencefálica. Não realizar o tratamento em menores de 5 anos ou com menos de 15 kg.

Estamos propondo a você, ou a seu responsável legal, a utilização da Ivermectina na dose única de 200 mcg/kg.

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

#### AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e autorizo o tratamento proposto da forma como foi exposto no presente termo;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao tratamento, 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 e interromper o tratamento a qualquer momento.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Paciente      Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu responsável legal o propósito, os benefícios e riscos para o tratamento acima descrito, respondendo às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s), esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO II****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
USO DE CLOROQUINA OU HIDROXICLOROQUINA NO TRATAMENTO DA 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 indicam suspeita ou confirmação de diagnóstico da COVID-19.

E com base neste diagnóstico me foi orientado o tratamento com Cloroquina ou Hidroxicloroquina.

**BENEFÍCIOS E RISCOS:**

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

1. Ainda não há evidências científicas robustas que comprovem o benefício inequívoco da Cloroquina ou Hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19.
2. A Cloroquina é um medicamento indicado para profilaxia e tratamento de ataque agudo de malária. Também está indicada no tratamento de amebíase hepática e, em conjunto com outros fármacos, tem eficácia clínica na artrite reumatoide, no lúpus eritematoso sistêmico e lúpus discoide, na sarcoidose e nas doenças de fotossensibilidade como a porfiria cutânea tardia e as erupções polimórficas graves desencadeadas pela luz. Por ter ação imunomodulatória e antiinflamatória pode contribuir como opção terapêutica em infecções virais.
3. Contra indicações: gravidez, hipersensibilidade à droga, insuficiência hepática, retinopatia, maculopatia, miastenia gravis, psoríase, porfiria.
4. Efeitos adversos: hipoglicemia, opacificação da córnea, retinopatia, ceratopatia, visão borrada, agranulocitose, anemia aplástica, neutropenia, trombocitopenia, alterações emocionais, psicose, neuromiopia, ototoxicidade, convulsão, miocardiopatia, arritmias cardíacas, diarreia, anorexia, náusea, vômitos, epigastria, cólicas, cefaléia, prurido, alopecia, descoloração do cabelo e da pele, hiperpigmentação da pele, coloração azulada das unhas, tontura, nervosismo, erupção cutânea, disfunção hepática.

**Recomendações:**

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de exames de apoio diagnóstico, no caso de tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina em associação eventual com azitromicina.

Estamos propondo a você, ou a seu responsável legal, a critério médico, a utilização de:

Cloroquina 150 mg, na dose de ataque de 300 mg 12/12h e, nos próximos 4 dias, 300 mg 1x ao dia OU

Hidroxicloroquina 400 mg, na dose de ataque 400 mg 12/12h e, nos próximos 4 dias, 400 mg 1x ao dia.

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

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:**

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e autorizo o tratamento proposto da forma como foi exposto no presente termo;

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

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido;

No caso de reações ou efeitos adversos ocorridos durante o tratamento, comprometo-me a procurar o serviço de saúde para reavaliação e monitoramento.

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 e interromper o tratamento a qualquer momento.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Paciente                      Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:**

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu responsável legal o propósito, os benefícios e riscos para o tratamento acima descrito, respondendo às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s), esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_