



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Nota Técnica N.º 10/2022 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 22 de julho de 2022.

ASSUNTO:

ORIENTAÇÕES CLÍNICAS E ORGANIZACIONAIS PARA O MANEJO DAS SÍNDROMES GRIPAIS E SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS GRAVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E DA SAZONALIDADE DE OUTRAS VIROSES RESPIRATÓRIAS

OBJETIVO:

Orientar as equipes de Saúde da Família (eSF) do Distrito Federal (DF) quanto ao manejo das Síndromes Gripais (SG) e Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) e à organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tal, no contexto da pandemia de covid-19 e da sazonalidade de outras viroses respiratórias.

JUSTIFICATIVA:

Com o aumento do número de novos casos de covid-19 e a sazonalidade de outras viroses respiratórias, houve um aumento considerável do número de Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR) buscando atendimento nas UBS e nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE). No que concerne às Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG), o [Boletim InfoGripe Fiocruz](#) divulgado em 13/07/2022 demonstrou que entre as crianças de 0 a 4 anos de idade o SARS-CoV-2 superou o observado para Vírus Sincial Respiratório (VSR) nas 4 semanas anteriores. Esses dois vírus corresponderam a 43% e 33%, respectivamente, dos casos de SRAG nesse público com resultado laboratorial positivo no período. Na população adulta os casos de SRAG continuam amplamente dominados pelo SARS-CoV-2.

Considerando que a **Atenção Primária à Saúde (APS): (i) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) é a ordenadora da rede de atenção à saúde e (iii) deve manejar as Síndromes Gripais em todos os ciclos de vida, independentemente da etiologia;**

Considerando que serão encaminhados aos serviços de referência apenas os casos que necessitem de avaliação e intervenção hospitalares;

Este documento foi produzido com o intuito de racionalizar e atualizar as orientações clínicas e organizacionais para o manejo das SG e SRAG na APS, no contexto da pandemia de covid-19 e da sazonalidade de outras viroses respiratórias.

1. IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Fluxograma 1 e o Quadro 1 abaixo sumarizam e esquematizam o atendimento aos USR nas UBS, baseando-se nas [Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico Farmacológico da Covid-19 em Adultos](#) (que estão sendo atualizadas para a sua 4ª edição), [Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico-Farmacológico da Covid-19 na Faixa Etária Pediátrica](#), [Orientações para o Manejo Clínico das Pacientes com Covid-19 durante o Ciclo Gravídico-Puerperal e em Portadoras de Patologias Ginecológicas](#) e demais documentos técnicos desta Câmara e técnicos e organizacionais da COAPS.

Fluxograma 1: Identificação e Fluxo dos Usuários Sintomáticos Respiratórios na UBS

Unidade Básica de Saúde (UBS)

ACS, técnico de enfermagem, técnico-administrativo, enfermeiro, NASF ou eSB:

“Está com sintomas gripais (coriza, dor de garganta e/ou tosse, com ou sem febre) ou testou positivo para covid-19?”

NÃO

Fluxo normal de atendimento na UBS

SIM

Tem dispneia ou SatO2 < 94% (< 95% para gestantes)?

NÃO

Fluxo de atendimento de sintomáticos respiratórios

SIM

Acionar imediatamente o enfermeiro ou o(a) médico(a)!

Classificação de risco dos Usuários Sintomáticos Respiratórios na UBS:

verde

- > Sintomas respiratórios: obstrução nasal, rinorreia, espirros, gotejamento pós-nasal, dor de garganta, tosse, dor de ouvido;
- > Febre sem sinais de alerta*;
- > SatO2 normal (≥ 94% em adultos e crianças e ≥ 95% em gestantes);
- > Sem dispneia ou sinais de esforço respiratório;
- > Cefaleia, mialgia, artralgia, fadiga, hipoxia, anosmia, disgeusia, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia);

amarelo

- > Grupos de risco para covid-19 grave;
- > Febre com sinais de alerta*;
- > SatO2 normal (≥ 94% em adultos e crianças e ≥ 95% em gestantes);
- > Dor ou sensação de pressão torácica;
- > Tosse frequente emetizante em crianças;
- > PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg em gestantes;

vermelho

- > Dispneia ou taquipneia;
- > Cianose;
- > SatO2 < 94% em adultos e crianças ou < 95% em gestantes;
- > Alteração do nível de consciência;
- > PAS < 90 mmHg ou PAD < 60 mmHg;
- > PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg com cefaleia, epigastria e/ou alterações visuais em gestantes;

- * Febre com sinais de alerta: febre em lactentes de 0 a 3 meses de idade, febre > 39°C refratária a antitérmicos, febre por > 3 dias seguidos ou retorno da febre após > 48h afebril.

Classificação dos casos de covid-19:

Assintomático:

Indivíduo com RT-PCR ou TR-Ag detectável/reagente para SARS-CoV-2, mas sem sintomas de covid-19.

Leve:

Sintomas respiratórios agudos (coriza, dor de garganta, tosse), com ou sem febre, com ou sem outros sintomas como dor de cabeça, mialgia, náuseas e vômitos, diarreia e alterações de olfato ou paladar, sem dispneia e com SatO2 normal.

Moderado:

Pneumonia leve, clinicamente sugerida por: febre, tosse, dispneia, taquipneia e/ou presença de roncos ou crepitações; com SatO2 normal.

Grave:

SatO2 < 94% em adultos e crianças (< 95% em gestantes) com ou sem dispneia ou taquipneia, e/ou acometimento pulmonar > 50% na TC de tórax.

Crítico:

Falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos.

Quadro 1: Reconhecimento de Sinais e Sintomas de alerta nos Usuários Sintomáticos Respiratórios

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

ADULTOS

CRIANÇAS

Déficit no sistema respiratório:

1. Dispneia, dificuldade para falar / fala entrecortada;
2. Sinais de esforço respiratório (como retração intercostal ou subcostal);
3. Dor torácica ou sensação de pressão torácica;
3. Cianose ou SatO₂ < 94% (< 95% em gestantes) em a.a.;
4. Taquipneia (> 23 irpm).

Febre > 39°C refratária a antitérmicos, febre por > 3 dias consecutivos ou retorno da febre após > 48h afebril.

Déficit no sistema cardiovascular:

1. Hipotensão (PAS < 90 mmHg e/ou PAD < 60 mmHg);
2. Taquicardia (FC ≥ 120 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm);
3. Palidez acentuada, pele fria e/ou sudoreica, diminuição do pulso periférico.
4. Em gestantes, considerar também elevação da PA (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, especialmente se acompanhada de cefaleia, epigastralgia e/ou alterações visuais).

Sinais e sintomas de alerta adicionais:

1. Piora nas condições clínicas de doenças de base;
2. Alteração do estado mental, como confusão e letargia.

Déficit no sistema respiratório:

1. Dispneia (que pode ser relatada por crianças maiores) ou apneia;
2. Sinais de esforço respiratório (como batimento de asa de nariz, retração de fúrcula, retração subcostal e/ou respiração paradoxal);
3. Gemido, estridor ou sibilância;
3. Cianose ou SatO₂ < 94% em ar ambiente;
8. Taquipneia (vide Tabela 1 abaixo).

Febre em lactentes de 0 a 3 meses de vida, febre > 39°C refratária a antitérmicos, febre por > 3 dias consecutivos ou retorno da febre após > 48h afebril.

Déficit no sistema cardiovascular:

1. Sinais de desidratação como fontanela anterior deprimida, olhos fundos, choro sem lágrimas, sinal da prega cutânea, anúria há > 6h e/ou hipotensão (vide Tabela 2 abaixo);
2. Enchimento capilar lento (> 2 s).

Sinais e sintomas de alerta adicionais:

1. "Não vai bem": irritada, letárgica, flácida ou inconsciente;
2. Convulsões / movimentos anormais;
3. Não consegue mamar ou ingerir líquidos;
4. Piora nas condições clínicas de doenças de base.

Atenção: A presença de 1 ou mais sinais de alerta indica atendimento médico.

Observações:

- Para melhor avaliação de taquipneia e/ou dispneia, checar se elas estão associadas a obstrução nasal e/ou febre, que podem falsear o exame físico e podem ser tratadas na UBS por médico ou enfermeiro (com lavagem nasal e administração de antitérmicos, respectivamente, seguidas de reavaliação da criança).
- Febre = Tax ≥ 37,8 °C.

Tabela 1: Taquipneia em crianças - adaptado do Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada - 1ª edição revisada, Ministério da Saúde, 2020

Idade	Frequência respiratória (FR) aumentada, se:
< 2 meses	> 60 irpm
2-11 meses	> 50 irpm
1- 5 anos	> 40 irpm
6 - 8 anos	> 30 irpm
> 8 anos	> 25 irpm

Tabela 2: Pressão Arterial sistólica (PAs) mínima em crianças e adolescentes (percentil 5), abaixo da qual se considera hipotensão - adaptado do Suporte Avançado de Vida em Pediatria - Academia Americana de Pediatria

Idade	PAs
Recém-nascidos	PAs < 60mmHg
Lactentes ≤ 1 ano	PAs < 70 mmHg
2-9 anos	PAs < 70 + 2 x idade
≥ 10 anos	PAs < 90mmHg

1.1. CLASSIFICAÇÃO DO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19 COMO ASSINTOMÁTICO, LEVE, MODERADO, GRAVE OU CRÍTICO

A classificação dos casos suspeitos ou confirmados de covid-19 como assintomáticos, leves, moderados, graves ou críticos está orientada pelas diretrizes citadas no Item 1 e resumida no Fluxograma 1 acima. Os casos moderados, graves e críticos deverão ser estabilizados e encaminhados aos serviços de referência. Já os casos leves, que correspondem à maioria dos casos de covid-19 - bem como Influenza e demais viroses respiratórias -, devem ser manejados pela APS, em todos os ciclos de vida.

CASO LEVE DE COVID-19 (SUSPEITO OU CONFIRMADO) / SÍNDROME GRIPAL DE OUTRAS ETIOLOGIAS

- Sintomas respiratórios agudos - como obstrução nasal, rinorreia, espirros, gotejamento pós-nasal, dor de garganta e/ou tosse;
- Febre, que pode ser relatada - mas pode não estar presente;
- SatO₂ normal* (≥ 94% em adultos e crianças e ≥ 95% em gestantes). *Vide considerações sobre a aferição de SatO₂ no item 1.2.1 abaixo.
- Ausência de dispneia.

Pode haver outros sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia, astenia, hiporexia, anosmia, disgeusia, sintomas gastrointestinais (como náuseas, vômitos e diarreia) e outros sintomas menos comuns, como lesões cutâneas (geralmente exantemáticas).

Observação: Considerando que no DF a Dengue é endêmica e apresenta um comportamento sazonal, com maior concentração dos casos entre outubro e maio, pacientes com febre e sintomas como cefaleia, dor retroorbitária,

mialgia, artralgia e exantema devem ser avaliados para este esse agravo e outras arboviroses (especialmente Zika e Chikungunya). Na suspeita destas arboviroses, os pacientes devem também ser manejados para tal, independentemente da presença de sintomas respiratórios agudos ou até mesmo da confirmação de covid-19, tendo em vista que pode ocorrer coinfeção.

1.2. MANEJO DO CASO LEVE DE COVID-19 (SUSPEITO OU CONFIRMADO) E DEMAIS SÍNDROMES GRIPAIS NA APS

Conduta para casos leves de covid-19 e demais Síndromes Gripais (SG):

- Máscara de proteção facial (a partir de 2 anos de idade) cobrindo nariz, boca e queixo, de preferência máscara cirúrgica;
- Isolamento domiciliar (vide Anexo 1) conforme orientado no item 4 abaixo;
- Repouso, hidratação e aporte nutricional adequados;
- Antitérmico/analgésico, se necessário;
- Lavagem nasal com soro fisiológico amornado, se necessário;
- Oseltamivir para os grupos de risco para Influenza com Síndrome Gripal típica (febre associada a pelo menos 2 sintomas respiratórios agudos) não confirmada laboratorialmente para covid-19, de acordo com as diretrizes para [adultos](#), [crianças e gestantes e puérperas](#) e o [Protocolo de Influenza do MS](#) (páginas 20 a 24);
- Manejo adequado de comorbidades;
- Orientar sinais de alerta para buscar atendimento (vide Quadro 1 acima), que devem ser explanados de forma que o paciente (e/ou seu cuidador) entendam, especialmente para os pacientes com fatores de risco para doença grave (por SARS-CoV-2 ou Influenza). “Dificuldade para respirar, respiração rápida ou “curta” (superficial), dificuldade para mamar ou ingerir líquidos, dificuldade de manter líquidos ingeridos (por vômitos e/ou diarreia), coloração azulada ou arroxeadada nos lábios ou rosto, dor ou sensação de pressão no peito, dificuldade de acordar ou de interagir enquanto acordada e ausência de urina”, por exemplo, são sinais de alerta para buscar atendimento descritos em linguagem leiga e clara, que devem ser informados aos cuidadores de crianças com covid-19 leve ou qualquer outra Síndrome Gripal.

Observações:

- A classificação de risco, o atendimento, a prescrição de analgésicos/antitérmicos e as orientações para os casos de Síndrome Gripal sem sinais de alarme podem ser realizados pelo enfermeiro.
- Não se deve prescrever corticoides ou antibióticos na covid-19 leve ou demais Síndromes Gripais, exceto nos casos em que tais medicamentos forem prescritos para tratar condições concomitantes, como exacerbações de asma ou DPOC ou sinusites e pneumonias bacterianas.
- Em adultos, não se deve prescrever anticoagulação profilática de rotina na covid-19 tratada ambulatorialmente (pacientes não internados), seja o caso leve ou moderado, exceto para os pacientes com alto risco de tromboembolismo venoso (TEV) e baixo risco de sangramento (vide [Nota Técnica Nº 5/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID-19](#)), após discussão informada sobre riscos e benefícios, conforme orientado pelas diretrizes citadas no item 1 e na referida nota técnica.
- Não há evidências que suportem anticoagulação profilática em crianças com suspeita ou confirmação de covid-19.

1.2.1. CASOS MODERADOS OU GRAVES, SEM FALÊNCIA RESPIRATÓRIA

No atendimento aos USR com quadros moderados a graves, mas sem falência respiratória, os profissionais assistentes devem manter a pessoa estável e confortável até a chegada do serviço de remoção. As orientações para o manejo são:

- Nos casos que demandem transferência para o serviço de referência, solicitar imediatamente o transporte, mobilizando apoio de outro(s) profissionais e gerência para contatar NARP, CBMDF ou SAMU de acordo com a classificação do caso, conforme orientado pela Circular nº 10/2020 SES/SAIS/COAPS (processo SEI 00060-00281831/2020-19) e ilustrado no Anexo II. Para a transferência, preencher o Formulário de Transferência do Cuidado com os dados do caso, conforme ilustrado no Anexo III. Este formulário pode ser atualizado pela COAPS ou adaptado pela Superintendência Regional de Saúde.
- Se SatO₂ < 94% em ar ambiente (a.a.) em adultos e crianças ou SatO₂ < 95% em a.a. em gestantes, ofertar O₂ em Cateter Nasal (CN) tipo “óculos” com máscara cirúrgica por cima, bem ajustada. Em crianças, ofertar o O₂ em CN se houver dispneia e/ou sinais de esforço respiratório (batimento de asa de nariz, retração de fúrcula, retração subcostal, respiração paradoxal e/ou taquipneia), independentemente da SatO₂.
 - Inicie com 1 L/min e se necessário aumente até 5 L/min, visando manter a SatO₂ ≥ 92% e ≤ 96%, usando para isso a menor concentração de O₂ possível.
 - Deve-se evitar o uso do umidificador, devido à maior aerossolização gerada com ele. Caso haja ressecamento intenso das narinas do paciente e/ou epistaxe, pode-se umidificar as narinas com solução fisiológica a 0,9%.
 - Atentar para fatores externos que podem interferir na medida da SatO₂ como esmalte nas unhas, unhas artificiais, extremidades frias e/ou sudoreicas, mau posicionamento do oxímetro e tempo insuficiente para estabilizar a medida da SatO₂.
 - Algumas doenças como anemia crônica, DPOC e doenças pulmonares estruturais também podem alterar o valor de referência da SatO₂. É útil conhecer a SatO₂ basal do paciente com doença pulmonar pré-existente para individualizar o

critério de queda de SatO2 (nesses pacientes considera-se, no geral, uma queda > 3% em relação à sua saturação basal, se conhecida).

- o Em adultos, concomitantemente à suplementação de O2, caso haja a possibilidade de utilizar uma maca na área da UBS reservada ao atendimento dos USR, pode-se avaliar a realização da “pronação ativa” (ou “pronação espontânea”) do paciente. Se a SatO2 atingir uma concentração $\geq 94\%$ e assim permanecer, pode-se realizar teste de diminuição gradual da concentração da suplementação de O2 até sua retirada, e observar se apenas com a posição prona a SatO2 permanece $\geq 94\%$ estável (por pelo menos 30 minutos) em a.a.

Observação: Em adultos, em cenários de elevada pressão assistencial do sistema de saúde, com escassez de leitos, caso não haja nenhuma outra indicação para transferir o paciente para o serviço de referência a não ser a SatO2 em a.a. < 94%, cabe avaliação criteriosa e individualizada do caso sobre a possibilidade de acompanhamento ambulatorial do paciente com $92\% \leq \text{SatO2} < 94\%$ em a.a., devendo-se considerar: (i) o grau de orientação do paciente (especialmente sobre os sinais de alarme para buscar atendimento imediatamente), (ii) sua rede de apoio, (iii) sua facilidade de acesso à UBS para reavaliação e (iv) a possibilidade de telemonitoramento diário associado à aferição da SatO2, ao menos, uma a duas vezes ao dia no domicílio (caso o paciente disponha de um oxímetro) ou ambulatorial (na UBS). Ainda no cenário de elevada pressão assistencial dos serviços de saúde, nesses adultos com quadros classificados como graves (SatO2 < 94% em a.a.), a realização de Tomografia Computadorizada de tórax e exames laboratoriais, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas, pode servir de apoio decisório ao médico de família, junto ao paciente (e/ou seus responsáveis), sobre solicitar sua remoção para o serviço de referência ou proceder ao monitoramento descrito. Enquanto um acometimento pulmonar < 50% não demanda, isoladamente, internação, um acometimento $\geq 50\%$ com SatO2 < 94% em a.a. demanda internação hospitalar.

- Se falha em manter a SatO2 $\geq 92\%$ com CN a até 5 L/min com ou sem pronação ativa/espontânea, iniciar administração de O2 por máscara.
- Utilize máscara não-reinalante (com reservatório de O2) com a concentração entre 10 e 15 L/min (Ver Fluxograma 2: Escalonamento da Suplementação de O2).
- Caso não haja máscara não-reinalante (com reservatório de O2) disponível na unidade, iniciar a administração de O2 com máscara de Venturi com FIO2 de 35% a 50%, entre 6 a 15 L/min (checar especificação do fabricante no produto, pois os parâmetros diferem de uma marca para outra).
- Deve-se atentar para os diagnósticos diferenciais e manejo conforme quadro clínico apresentado e comorbidades, com ênfase para casos de broncoespasmo. Nestes casos, deve-se administrar o broncodilatador em apresentação spray inalatório com uso de espaçador, evitando assim a nebulização (devido à maior aerossolização). Caso não haja o medicamento em spray inalatório, realizar a nebulização (não se deve deixar de fazer a medicação caso a nebulização seja a única alternativa, atentando-se às medidas de biossegurança).
- Em lactentes < 1 ano de vida, especialmente aqueles com < 6 meses de vida, considerar o provável diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) de qualquer etiologia viral e seguir as recomendações terapêuticas atualizadas para esse agravo.
- Caso Tax $\geq 37,8^\circ\text{C}$, administrar antitérmico (dipirona ou paracetamol) considerando peso do paciente, histórico de alergia às drogas disponíveis e outras condições clínicas pertinentes.
- Reavaliações frequentes do estado geral do paciente e seus sinais vitais devem ser realizadas para que sinais de agravamento (hipotermia ou febre, hipotensão ou hipertensão, dessaturação, hipoglicemia ou hiperglicemia, etc) sejam identificados precocemente e com isso se possa intervir oportunamente e evitar desfechos ruins durante o atendimento na UBS.
- Em adultos com quadros graves ou críticos que apresentaram SatO2 < 94% em a.a. na admissão, considerar iniciar a administração de dexametasona* 6 mg IV (ou VO), conforme disposto nas [Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico Farmacológico da Covid-19 em Adultos](#). *Caso não haja a disponibilidade de dexametasona, pode-se fazer dose equivalente de hidrocortisona (160 mg IV ou IM) ou prednisona (40 mg VO), por exemplo.
- Em crianças com quadros graves ou críticos de covid-19, não há dados que suportem o uso rotineiro de corticoide, como ocorre com os adultos, no que se refere à covid-19.
- Não há indicação de se administrar, ainda na UBS, uma primeira dose de anticoagulante para os casos com indicação de internação enquanto a remoção não chega. Para mais detalhes, consultar a [Nota Técnica N 95/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID-19](#).

1.2.2. CASOS GRAVES E CRÍTICOS COM FALÊNCIA RESPIRATÓRIA E POSSÍVEL NECESSIDADE DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL:

A ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) na APS é um evento raro. As UBS dispõem de “carrinhos de parada” (com medicamentos e outros insumos materiais para a abordagem a possíveis emergências), mas não têm a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) ou a Intubação Orotraqueal (IOT) como procedimentos rotineiros da unidade. A IOT deve preferencialmente ser realizada por médicos treinados e experientes no procedimento. Por isso, a IOT de emergência deve ser realizada na APS apenas quando estritamente necessária, nos casos em que não há possibilidade de se aguardar a chegada do SAMU ou a transferência para o serviço hospitalar de referência.

No [Guia de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - 2ª Edição, SES-DF, 2022](#), há orientações quanto à **Organização, conferência e reposição do carrinho de emergência** (página 61), **Reanimação cardiopulmonar** (página 72) e **Aspiração das vias aéreas** (página 77). Informações complementares estão detalhadas nas diretrizes já citadas e sumarizadas no Anexo IV.

1.4 SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P OU MIS-C, EM INGLÊS)

Além das apresentações agudas da covid-19 (assintomática, leve, moderada, grave e crítica), também foi descrita na literatura a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) - ou Multissistemic Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), em inglês - associada à infecção pelo SARS-CoV-2. As orientações para o diagnóstico e o manejo da síndrome são detalhadas nas [Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico-Farmacológico da Covid-19 na Faixa Etária Pediátrica](#) e na Nota Técnica Nº 7/2022 - SES/SAIS/CAT-COVID19, de 13/04/2022, Fluxo de Internação do Paciente Sintomático Respiratório na Faixa Etária Pediátrica no Contexto da Pandemia de Covid-19 (processo SEI 00060-00183849/2022-18). Segue abaixo o Quadro 2: Critérios Diagnósticos da SIM-P, para que os profissionais da APS estejam orientados sobre sua existência e que, frente a um caso suspeito, encaminhem prontamente a criança ao serviço de referência para avaliação.

Quadro 2: Critérios diagnósticos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), Adaptado da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria

Diagnóstico da SIM-P (todos os 6 critérios devem estar presentes):

1. Idade entre 0 e 19 anos; E
2. Febre por ≥ 3 dias; E
3. Sinais clínicos de acometimento multissistêmico (pelo menos 2 dos listados abaixo):
 - Conjuntivite não purulenta bilateral, exantema ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés);
 - Hipotensão arterial ou choque;
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de troponina ou BNP);
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa ou D-dímero elevados);
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal); E
4. Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros); E
5. Afastadas quaisquer outras causas microbianas de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico/estreptocócico; E
6. Evidência de infecção por SARS-CoV-2 por:
 - RT-PCR para SARS-CoV-2 DETECTÁVEL há menos de 30 dias; OU
 - Teste de antígeno (TR-Ag) para SARS-CoV-2 REAGENTE há menos de 30 dias; OU
 - Sorologia REAGENTE (desde que paciente não vacinado e sem registro ou relato de outro episódio de covid-19 em período anterior a 90 dias); OU
 - História de contato com caso de covid-19.

Observação: Devido ao aumento da prevalência de pacientes na faixa etária pediátrica vacinados ou que já tenham tido contato prévio com o SARS-CoV-2, o uso da sorologia para indicar covid-19 recente torna-se pouco útil na prática clínica, devendo-se analisar de forma individualizada a história clínico-epidemiológica e vacinal do paciente.

2. REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DE USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

O Anexo II traz orientações para referência e regulação de casos moderados, graves ou críticos de Usuários Sintomáticos Respiratórios, conforme Circular nº 10/2020 SES/COAPS/SAIS: Orientações para Referência de Urgências originadas da APS e a Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar Secundário no âmbito do SAMU e das Regiões (ou atualização posterior), processo SEI 00060-00281831/2020-19.

3. TESTAGEM

Nos casos suspeitos de covid-19 que demandarem transferência para serviço de referência - seja pela apresentação moderada, grave ou crítica de covid-19, seja por outro critério de gravidade -, deve-se, após a estabilização do paciente, coletar teste diagnóstico para infecção pelo SARS-CoV-2 conforme tempo de sintomas, desde que a testagem não atrase sua transferência. Os Testes Rápidos de Antígeno (TR-Ag) estão disponíveis nas UBS e podem ser realizados desde o 1º dia de sintomas. Um TR-Ag não reagente não exclui infecção pelo SARS-CoV-2 e, nesse caso, está indicada a coleta de RT-PCR. Consultar a Atualização das Orientações para a Realização de Teste Rápido de Antígeno para Diagnóstico de Covid-19, Rastreamento de Contatos e Período de Isolamento (Nota Técnica Nº 2/2022 - SES/SAIS/CAT-COVID19, processo SEI 00060-00021376/2022-58).

Nos casos suspeitos de covid-19 com apresentação leve e que não demandam transferência para serviço de referência (a maioria dos casos em todos os ciclos de vida, especialmente após a vacinação em massa contra a covid-19), a testagem também é orientada pela Nota Técnica Nº 2/2022.

Ressaltamos que, conforme orientado pela atualização supracitada, "Em contexto de escassez de testes e/ou sobrecarga do sistema de saúde que limitem o acesso à testagem, sugerimos: (i) a priorização da testagem para indivíduos sintomáticos - e, dentre estes, aqueles

portadores de fatores de risco para covid-19 grave e profissionais de saúde (...) e, (iii) quando possível, utilizar o critério clínico-epidemiológico para confirmar casos suspeitos.”

4. ISOLAMENTO

As orientações sobre o período de isolamento para os casos suspeitos ou confirmados de covid-19 e outras síndromes gripais de etiologia viral, estão descritas na Atualização das Orientações para a Realização de Teste Rápido de Antígeno para Diagnóstico de Covid-19, Rastreamento de Contatos e Período de Isolamento (Nota Técnica Nº 2/2022 - SES/SAIS/CAT-COVID19, processo SEI 00060-00021376/2022-58) e na Atualização das Recomendações de Período de Isolamento nas Síndromes Gripais e Síndromes Respiratórias Agudas Graves no Contexto da Pandemia de Covid-19 (Nota Técnica Nº 5/2022 - SES/SAIS/CAT-COVID19, processo SEI 00060-00028082/2022-57).

Para pacientes ambulatoriais (ou após a alta hospitalar, caso tenha havido necessidade de internação):

- **Pacientes imunocompetentes com casos leves de covid-19 (suspeitos ou confirmados): realizar isolamento domiciliar até o 7º dia após o início dos sintomas, mantendo medidas adicionais* até o 10º dia;**
- Pacientes ambulatoriais imunocompetentes com casos moderados de covid-19: realizar isolamento domiciliar até o 10º dia após o início dos sintomas;
- Pacientes imunocomprometidos com casos leves ou moderados de covid-19: realizar isolamento domiciliar até o 20º dia após o início dos sintomas.

***As medidas adicionais a serem mantidas até o 10º dia após o início dos sintomas consistem em usar máscara cirúrgica ou N-95/PFF2, evitar contato próximo com pessoas com fatores de risco para covid-19 grave e evitar aglomerações.**

5. NOTIFICAÇÃO DO CASO, PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO ESPECÍFICO E MONITORAMENTO DO CASO

Assim como a testagem e a notificação, o preenchimento da ficha de transferência e a inclusão em lista de monitoramento, nos casos de urgência e emergência, deverão ser feitos após a estabilização do quadro:

1. Formulário de Transferência do Cuidado (vide Anexo III abaixo);
2. Notificação em até 24h: <https://notifica.saude.gov.br/>;
3. A equipe de Saúde da Família deverá incluir o usuário na lista/planilha de monitoramento pela UBS, caso ele resida em sua área adscrita de abrangência.

6. OUTRAS ORIENTAÇÕES DO PONTO DE VISTA ORGANIZACIONAL

6.1. Organização da UBS e preparo das equipes para o atendimento dos Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR)

De acordo com a Nota Técnica N.º 1/2022 - SES/SVS/DIVISA/GRSS, de 11/03/2022, está mantida a orientação de uso de máscara de proteção facial por todos os profissionais e usuários nos estabelecimentos de saúde. Para os profissionais que atenderão diretamente os USR, vide precauções abaixo.

Preferencialmente, em todas as UBS, deve-se reservar espaço exclusivo para o atendimento e testagem dos USR, onde os profissionais assistentes devem apenas entrar se adequadamente paramentados para precaução de contato e aerossóis (máscara N95 ou equivalente, touca, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável descartável e luvas). Neste mesmo ambiente, os materiais, equipamentos e medicamentos devem estar disponíveis para o atendimento de todos os casos, independentemente da classificação de gravidade (ver POP de Organização, Conferência e Reposição do Carro de Emergência, páginas 80 a 97).

A sala destinada ao atendimento não deve ter comunicação com outros ambientes, além da própria porta de entrada/saída e/ou janelas para área externa à sala (observar comunicação através de frestas próximas ao teto, janelas entre salas que não sejam possíveis de serem fechadas ou salas interligadas sem separação através de portas, etc). Este ambiente deve ter estar sinalizado com precauções de contato e aerossóis e deverá ser higienizado conforme orientações já disponibilizadas em outros documentos.

Estabelecer rotina de checagem do carro de emergências quanto a disponibilidade e bom funcionamento de todos os equipamentos, bem como de medicamentos e materiais obrigatórios em cada compartimento, conforme orientação do POP de Organização, Conferência e Reposição do Carro de Emergência, páginas 80 a 97.

6.2. Treinamento

Promover ambiente de treinamento e educação permanente em saúde para que os profissionais em atendimento de USR estejam aptos ao manejo adequado dos casos leves e à identificação e atendimento imediatos das urgências e emergências, considerando a segurança do paciente e do profissional.

No que concerne à faixa etária pediátrica, uma das principais ferramentas que podem ser utilizadas para esse treinamento é a “AIDPI”, Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância. Trata-se de uma estratégia validada pelo Ministério da Saúde para a identificação e o manejo dos principais problemas de saúde que acometem as crianças de 0 a 5 anos de idade. Suas modalidades Criança e Neonatal são voltadas para médicos e enfermeiros e são extremamente úteis aos profissionais da APS, pois auxiliam na diferenciação entre os quadros que podem ser manejados na APS e os quadros que necessitam de transferência para o serviço de referência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é a principal e preferencial porta de entrada do usuário no sistema de saúde e ordena a rede, inclusive no contexto da pandemia de covid-19 e da sazonalidade de outras viroses respiratórias. A presente nota visa sumarizar e atualizar o atendimento aos USR nas UBS, facilitando o manejo adequado dos casos de SG e SRAG.

É importante ressaltar, também, o papel da APS na promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos, nos âmbitos individual e coletivo, o que inclui a vacinação contra a covid-19 e a orientação sobre riscos e demais medidas de prevenção.

A presente Nota Técnica substitui a Nota Técnica Nº 12/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19 e complementa as demais notas e diretrizes, permanecendo vigente até publicação de novas normativas desta SES-DF posteriores que venham a suplantam ou atualizar as recomendações aqui apresentadas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

[Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico Farmacológico da Covid-19 em Adultos](#), Versão 4 - SES/SAIS/CAT-COVID19.

[Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico-Farmacológico da Covid-19 na Faixa Etária Pediátrica](#), SES/SAIS/CAT-COVID19.

[Orientações para o Manejo Clínico das Pacientes com Covid-19 durante o Ciclo Gravídico-Puerperal e em Portadoras de Patologias Ginecológicas](#), SES/SAIS/CAT-COVID-19.

[Living guidance for clinical management of COVID-19, WHO](#), atualizado em 23/11/2021.

[COVID-19: Clinical manifestations and diagnosis in children, UpToDate](#), acessado em 26/06/2022.

[Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection, NIH](#), atualizado em 19/10/2021.

[Principais Questões sobre Bronquiolite na Infância: Diagnóstico e Tratamento](#), Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, 08/07/2021.

[Tratamento da Bronquiolite Viral Aguda](#), Olio CCD, Anna MFPS, Anna CCS, Resid Pediatr. 2021;11(3):1-5 DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n3-186.

[Diretrizes para o Manejo da Infecção Causada pelo Vírus Sincicial Respiratório](#), Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

[Protocolo de Tratamento de Influenza](#), Ministério da Saúde, 2017.

Resumo do Boletim InfoGripe - Semana Epidemiológica (SE) 27/2022, Fiocruz, 13/07/2022.

Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), APA Alhazzani, Waleed et all. Critical Care Medicine: June 2020 - Volume 48 - Issue 6 - p e440-e469.

Remote management of covid-19 using home pulse oximetry and virtual ward support, Trisha Greenhalgh, British Medical Journal, Matthew Knight, Matt Inada-Kim, Naomi J Fulop, Jonathan Leach, Cecilia Vindrola-Padros. BMJ 2021;372:n677 | doi: 10.1136/bmj.n677.

10. ANEXOS

ANEXO I: ORIENTAÇÕES SOBRE COMO REALIZAR O ISOLAMENTO DOMICILIAR DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 (PARA OS USUÁRIOS)


- Use máscara o tempo todo.
- Se for preciso cozinhar, use máscara de proteção, cobrindo boca e nariz todo o tempo.
- Depois de usar o banheiro, nunca deixe de lavar as mãos com água e sabão e sempre limpe vaso mantendo a tampa fechada, pia e demais superfícies com álcool, água sanitária ou outro produto recomendado pela Anvisa para desinfecção do ambiente.
- Separar toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos apenas para seu uso.
- O lixo produzido precisa ser separado e descartado.
- Evite compartilhar sofás e cadeiras e realize limpeza e desinfecção frequente com água sanitária ou álcool 70% ou outro produto recomendado pela Anvisa.
- Mantenha a janela aberta para circulação de ar do ambiente usado para isolamento e a porta fechada, limpe a maçaneta frequentemente com álcool 70%, água sanitária, ou outro produto recomendado pela Anvisa.
- Caso o paciente não more sozinho, recomenda-se que os demais moradores da residência durmam em outro cômodo, seguindo também as seguintes recomendações:
- Mantenha a distância mínima de 1 metro entre a pessoa infectada e os demais moradores.
- Limpe os móveis da casa frequentemente com água sanitária, álcool 70% ou outro produto recomendado pela Anvisa.
- Se uma pessoa da casa tiver diagnóstico positivo, todos os moradores devem ficar em distanciamento conforme orientação médica.

ANEXO II: ORIENTAÇÕES SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 DA APS PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

ORIENTAÇÕES SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19 DA APS PARA SERVIÇOS DE REFERÊNCIA			
	MODERADO	GRAVE	CRÍTICO
Descrição do Quadro Clínico	Febre, síndrome gripal (tosse, fadiga, mialgia, cefaleia, rinorreia, dor de garganta), anorexia, perda de paladar e/ou olfato e sintomas gastrointestinais, outros sintomas menos comuns (rash/lesões cutâneas), com sintomas sistêmicos e respiratórios mais intensos e um quadro característico de pneumonia leve, clinicamente sugerido por febre, tosse, dispneia , FR>23 i.r.p.m, presença de estertores crepitantes ou roncos; SatO2 ≥94% em a.a. (para gestantes e crianças considerar SatO2 ≥95%).	Hipoxemia (Sat. O2 < 94% em ar ambiente, <95% em gestantes e crianças) associada ou não a sintomas respiratórios, Sepsé, Pneumonia com comprometimento pulmonar >25% em TC;	Síndrome respiratória aguda grave, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos.
Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação em Unidade de Referência para COVID-19; • Internação Hospitalar ou Isolamento Domiciliar, conforme avaliação do serviço de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação em Unidade de Referência para COVID-19; • Internação em Unidade Hospitalar ou Unidade de Terapia Intensiva de Referência para pacientes com quadro suspeito ou confirmado de COVID-19. 	
Remoção	NARP ou CBMDF: O transporte deve ser solicitado para o Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes (NARP/GIR) ou CBMDF (193).	SAMU: Transporte realizado por Unidade Avançada (USA) ou Unidade Intermediária (USI) tripulada pela equipe do SAMU e pelo médico da UBS solicitante; Obs.: Em caso da falta dos recursos avançados a viatura básica do SAMU poderá ser excepcionalmente encaminhada e o médico da UBS deverá acompanhar o transporte.	

CONSULTE Circular nº 10/2020 SES/COAPS/SAIS: Orientações para Referência de Urgências originadas da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar Secundário no âmbito do SAMU e das Regiões (ou atualização posterior), processo SEI 00060-00281831/2020-19.

ANEXO III: FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO (Obs: Este formulário pode ser atualizado pela COAPS ou adaptado pelas Superintendências Regionais)

		GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE PACIENTES (COVID - 19) – REFERÊNCIA						
IDENTIFICAÇÃO						
Nome:				DN:		
Nome social:		Nome da Mãe:				
CPF/CNS:		SES:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		
Endereço:				Cidade/UF:		
UBS de origem:			Hosp./UPA de referência:			
Coleta de exame: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Swab Nasal (RT/PCR) <input type="checkbox"/> Exame não realizado				Realização: / /		
Resultado: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente				Notificado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
SINAIS VITAIS						
DATA E HORÁRIO	SatO2 (%)	FC (bpm)	PA (mmHg)	FR (irpm)	Temp. (°C)	Glic. (mg/dl)
HISTÓRIA CLÍNICA						

*Especificar história do problema atual, comorbidades, medicamentos em uso, alergias, exames realizados

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA						
Sinais de alerta e gravidade da Síndrome Gripal	<input type="checkbox"/>	Febre persistente > 39°C por 3 ou mais dias	<input type="checkbox"/>	Batimento de asa do nariz (crianças)		
	<input type="checkbox"/>	Dispneia	<input type="checkbox"/>	Cianose central		
	<input type="checkbox"/>	Taquipneia > 23irpm (adultos)	<input type="checkbox"/>	Bradipneia e ritmo respiratório irregular (crianças)		
	<input type="checkbox"/>	SpO2 < 94% (em ar ambiente)	<input type="checkbox"/>	Retração Subcostal severa		
	<input type="checkbox"/>	SpO2 < 95% em ar ambiente (gestantes e crianças)	<input type="checkbox"/>	Roncos		
	<input type="checkbox"/>	Movimento paradoxal do abdome (crianças)	<input type="checkbox"/>	Taquipneia (crianças): Até 02 meses (>60ipm) 2 a 11 meses (>50ipm) 1 a 5 anos (>40ipm) 6 a 8 anos (>30ipm) Acima de 8 anos (>25ipm)		
	<input type="checkbox"/>	Sintomas de hipotensão (crianças)				
	<input type="checkbox"/>	PAS < 90mmHg e/ou PAD < 60mmHg				
	<input type="checkbox"/>	Confusão e letargia				
	<input type="checkbox"/>	Convulsão (crianças)				
<input type="checkbox"/>	Inapetência p/ amamentação/ingestão de líquidos					
<input type="checkbox"/>	Condição de risco e/ou situação de vulnerabilidade:					
ESTRATIFICAÇÃO GRAVIDADE						
MODERADO	<input type="checkbox"/>	Pneumonia leve (febre, tosse, dispneia com FR > 23irpm, estertores crepitantes ou roncos), SatO2 ≥ 94%				
GRAVE	<input type="checkbox"/>	Hipoxemia (SatO2 < 94%); Seps; Pneumonia com comprometimento pulmonar >25% em imagem de TC				
CRITICO	<input type="checkbox"/>	Síndrome Respiratória Aguda Grave; Choque Séptico				
AValiação E CONDUTA						
Avaliação:						
Conduta:						
CONTATO PRÉVIO						
Data e hora:		Serviço:		Contato com (nome):		
Encaminhamento:						

*Unidade de Referência e Setor Responsável pelo Transporte/Remoção

Brasília, ___/___/___ Profissional Requisitante: _____

ANEXO IV: ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA APS

O Anexo IV com orientações sobre o Manejo de PCR na APS encontra-se disponível [aqui](#).



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3, Membro da Câmara Técnica**, em 22/07/2022, às 19:18, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GEANDRO DE JESUS DANTAS - Matr.1441405-8, Gerente da Estratégia Saúde da Família substituto(a)**, em 22/07/2022, às 19:27, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE EUDES BARROSO VIEIRA - Matr.1681273-5, Diretor(a) da Estratégia Saúde da Família**, em 22/07/2022, às 20:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 25/07/2022, às 14:12, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULLIANA TENORIO MACEDO DE ALBUQUERQUE COSTA - Matr.1433695-2, Membro da Câmara Técnica**, em 26/07/2022, às 08:18, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 26/07/2022, às 08:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLAYTON MARCELO PRADO DE CAMPOS - Matr.0142094-1, Membro da Câmara Técnica**, em 26/07/2022, às 08:33, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE - Matr.0000097-7, Membro da Câmara Técnica**, em 26/07/2022, às 14:16, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA - Matr.0186146-8, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 26/07/2022, às 20:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 02/08/2022, às 08:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=91655531 código CRC= 93F82AE5.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF