



**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 10/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 10 de novembro de 2020.

**DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – FARMACOLÓGICO DA COVID-19 NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA**

**SUMÁRIO**

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. CASOS SUSPEITOS DE COVID-19**
  1. Síndrome Gripal
  2. Respiratória Aguda Grave
  3. SIM-P (MIS-C)
- 3. CLASSIFICAÇÃO**
  1. Assintomático
  2. Leves
  3. Moderados
  4. Graves
  5. Críticos
- 4. DIAGNÓSTICO**
  1. Laboratorial (RT-PCR e sorológico)
  2. Clínico-epidemiológico
  3. Recomendações de coleta de RT-PCR
- 5. PRECAUÇÕES**
- 6. PERÍODO DE ISOLAMENTO**
- 7. CONDUTA**
  1. Casos leves
  2. Casos moderados
  3. Casos graves
  4. Casos críticos
  5. Tratamento medicamentoso
  6. Síndrome inflamatória multissistêmica associada a COVID-19

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1. INTRODUÇÃO

COVID-19 é a doença provocada pelo novo coronavírus, vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), sendo considerada uma pandemia desde março de 2020. A transmissão ocorre principalmente pelas gotículas respiratórias eliminadas durante a fala, tosse ou espirro, contato com superfícies, pessoas ou objetos contaminados, procedimentos geradores de aerossóis e ainda há indícios de transmissão fecal-oral e transplacentária. Por ser uma doença recentemente descrita, há muitos tópicos que ainda precisam de mais esclarecimento.

Estudos epidemiológicos mostram que o SARS-CoV-2 tem a capacidade intrínseca de causar disseminação epidêmica, acometendo todas as faixas etárias, mas a letalidade é maior entre os idosos. Em pediatria há uma ampla variabilidade na apresentação clínica. Estudos demonstram que mais de 30% das crianças são assintomáticas, até 5% têm apresentação clínica grave e menos de 0,5% crítica, sendo a maior proporção desses últimos associada à presença de comorbidades. No contexto atual, a COVID-19 tornou-se um diagnóstico diferencial de doenças virais do trato respiratório, como as causadas pelo vírus sincicial respiratório, rinovírus, influenza, entre outros.

O objetivo deste documento é sistematizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da COVID-19 nas crianças e adolescentes acompanhadas pelos profissionais da saúde na SES-DF.

### 2. CASOS SUSPEITOS DE COVID-19

#### 2.1. SÍNDROME GRIPAL (SG):

Paciente com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, odinofagia, cefaleia, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações:

- Considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico, a depender do contexto epidemiológico local.
- A febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais podem estar presentes.

#### 2.2. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório, caracterizado por sinais de esforço respiratório (como batimentos de asa de nariz, tiragem intercostal, gemência) OU SatO<sub>2</sub> < 94% em ar ambiente OU cianose central (lábios ou rosto), OU sinais de desidratação/choque/incapacidade para a ingesta oral.

#### 2.3. SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P ou, em inglês MIS-C)

Vide item 7.5 abaixo.

### 3. CLASSIFICAÇÃO

#### 3.1. ASSINTOMÁTICOS

#### 3.2. LEVES

Pacientes com acometimento de via aérea alta não complicado, mantendo SatO<sub>2</sub> ≥ 94% e apresentando quaisquer dos sintomas inespecíficos, como: febre, fadiga, mialgia, tosse, anorexia, odinofagia, obstrução nasal e cefaléia.

#### 3.3. MODERADOS

Sintomas sistêmicos e/ou respiratórios acima, mais intensos, com diagnóstico presumido de pneumonia não complicada, incluindo taquipneia (vide Tabela A abaixo), crepitações ou roncos, mas mantendo SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.

#### 3.4. GRAVES

Pacientes apresentando cianose central ou SatO<sub>2</sub> < 94%, sinais de esforço respiratório e/ou sinais de comprometimento sistêmico (sinais de desidratação, sucção débil ou impossibilidade de ingerir líquidos, crises convulsivas); pneumonia grave, extensa (> 25% do tórax) ou complicada.

#### 3.5. CRÍTICOS

Casos graves que evoluem para falência respiratória à despeito do suporte O<sub>2</sub>, choque com ou sem hipotensão (vide Tabela B abaixo), sinais de encefalopatia e/ou alteração do sensorio, lesão miocárdica e/ou insuficiência cardíaca, distúrbios da coagulação e/ou lesão renal aguda, pois as disfunções dos órgãos representam risco de morte.

**Tabela A: Referências para o diagnóstico de taquipneia de acordo com a faixa etária - adaptado do Protocolo de manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada - 1ª edição revisada, Ministério da Saúde, 2020.**

< 2 meses	> 60 irpm
2-11 meses	> 50 irpm
1- 5 anos	> 40 irpm
6 - 8 anos	> 30 irpm
> 8 anos	> 25 irpm

**Tabela B: Valores pressóricos mínimos de acordo com a faixa etária [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)**

<b>Recém-nascidos</b>	<b>PAs &lt; 60mmHg</b>
<b>Lactentes ≤ 1 ano</b>	<b>PAs &lt; 70 mmHg</b>
<b>2-9 anos</b>	<b>PAs &lt; 70 + 2 x idade</b>
<b>≥ 10 anos</b>	<b>PAs &lt; 90mmHg</b>

## 4. DIAGNÓSTICO

### 4.1. POR CRITÉRIO LABORATORIAL

#### Caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

- Biologia molecular (RT-PCR, detecção do vírus SARS-CoV-2) com resultado detectável para SARS-CoV-2. Amostra clínica coletada preferencialmente entre o 3º e o 7º dia de início de sintomas; e/ou
- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV-2) com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG ou anticorpos totais, em amostra coletada a partir do 8º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade a partir do 10º dia).

### 4.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso suspeito de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar investigação laboratorial específica.

### 4.3. RECOMENDAÇÕES DE COLETA DO TESTE MOLECULAR RT-PCR:

A coleta de RT-PCR para o SARS-CoV-2 é recomendada, conforme temporalidade, para todos os pacientes que apresentem quadro compatível com SRAG e para os portadores de SG pertencentes a grupos de risco:

- Pacientes que necessitem de internação;
- Portadores de doença respiratória crônica (asma moderada ou grave, fibrose cística, displasia broncopulmonar, hipertensão arterial pulmonar dentre outras),
- Cardiopatas que necessitem de acompanhamento especializado regular,
- Portadores de doença renal crônica,
- Portadores de doença hepática crônica,
- Portadores de doença neurológica crônica,
- Portadores de Diabetes Mellitus,
- Imunossuprimidos,
- Portadores de trissomias,
- Obesos,

- Portadores de hemoglobinopatias,
- Crianças em situação de vulnerabilidade (como em situação de rua, privadas de liberdade, indígenas, portadoras de necessidades especiais, permanentes ou transitórias em unidades de acolhimento, dentre outros fatores que dificultam o cuidado e/ou o acesso aos serviços de saúde).

Observação: Os casos de SG, SRAG e síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) potencialmente associada à COVID-19 são de notificação obrigatória ao Ministério da Saúde (<https://notifica.saude.gov.br/>).

## 5. PRECAUÇÕES

- **GOTÍCULAS + CONTATO:** Assistência direta ao paciente em consultório, enfermaria de coorte ou leito de isolamento.
- **AEROSSÓIS + CONTATO:** Durante procedimentos geradores de aerossóis\* e em ambientes de coorte destinado ao atendimento de pacientes pediátricos graves com COVID-19 (UTI, box de emergência, sala vermelha), os profissionais assistentes devem estar completamente paramentados.

\*São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: oroscopia, intubação, aspiração aberta de vias aéreas com circuito aberto (sempre que disponível optar pelo sistema de aspiração fechado), ventilação não invasiva (CPAP, BIPAP, catéter de alto fluxo), ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, extubação, coleta de secreções nasotraqueais, nebulização (sempre que disponível optar pela medicação em spray inalatório com espaçador), procedimentos endoscópicos e broncoscópicos e fisioterapia respiratória com indução de escarro.

## 6. PERÍODO DE ISOLAMENTO

### 6.1. CASOS SUSPEITOS:

- Isolamento por 10 dias a partir do início dos sintomas. Término desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
- Pacientes críticos, imunossuprimidos e/ou em uso de ventilação mecânica domiciliar: a precaução deve ser estendida para, no mínimo, 20 dias a partir do início dos sintomas, com término desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h.
- Nos casos de pacientes hospitalizados, manter em coorte de casos suspeitos preferencialmente até a alta. Na persistência dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados de forma individualizada pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.
- Se houver confirmação do caso, conduzi-lo conforme item 6.2 abaixo.

## 6.2. CASOS CONFIRMADOS:

- Isolamento por 10 dias a partir do início dos sintomas. Término desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
- Pacientes críticos, imunossuprimidos e/ou em uso de ventilação mecânica domiciliar: a precaução deve ser estendida para, no mínimo, 20 dias do início dos sintomas, com término desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h.
- Nos casos de pacientes hospitalizados, manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta. Na persistência dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados de forma individualizada pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

## 7. CONDUTA

A abordagem do paciente com COVID-19 pouco difere do manejo das outras doenças respiratórias virais da infância, exceto pelas condições de isolamento mais rigorosas.

### 7.1. CASOS LEVES

- Máscara cirúrgica (a partir de 2 anos de idade);
- Antitérmicos e analgésicos se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Não iniciar corticoides, exceto em caso de crise asmática (nessas crises, evitar nebulizações e optar pela medicações em spray inalatório com espaçador, sempre que disponíveis);
- Manejo adequado de comorbidades;
- Exame específico para COVID-19 conforme indicação e data de início dos sintomas (vide item 4 acima);
- Oseltamivir: indicado até as primeiras 48h de sintomas para casos de SRAG ou SG pertencentes a grupos de risco para complicações por Influenza, conforme item 7.5 abaixo, devendo ser suspenso se descartado o vírus Influenza;
- Bom aporte hídrico e nutricional;
- Isolamento domiciliar e acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde (APS) por 10 dias a partir do início dos sintomas, com término desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter isolamento e acompanhamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios;
- Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre > 72h ou febre > 39°C, tosse persistente, taquidispnea, taquicardia, incapacidade para deglutir, sinais de desidratação e/ou alteração do

nível de consciência);

- Telemonitoramento pela APS, preferencialmente a cada 48h e, para pacientes com condições de risco, a cada 24h.
- Instruir os responsáveis que entrem em contato com a equipe de referência com qualquer sinal ou sintoma de alarme.
- A frequência do telemonitoramento também pode ser determinada pela segurança do profissional da equipe quanto à capacidade do responsável de relatar piora dos sintomas.

## 7.2. CASOS MODERADOS

- Máscara cirúrgica (a partir de 2 anos de idade);
- Antitérmicos e analgésicos se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Não iniciar corticoides, exceto em caso de crise asmática (nessas crises, evitar nebulizações e optar pela medicações em spray inalatório com espaçador, sempre que disponíveis);
- Caso o paciente esteja na APS, encaminhá-lo para avaliação no serviço de referência. Essa avaliação deve incluir a realização de radiografia de tórax e hemograma (e, a critério clínico, outros exames). Caso não haja necessidade de internação após a avaliação, encaminhar para isolamento domiciliar e acompanhamento pela APS por 10 dias após o início dos sintomas, com término desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas nas últimas 24h. Para transferência de cuidados, consultar Circular n.º 10/2020 - SES/SAIS/COAPS Doc. SEI/GDF 42769596;
- Manejo adequado de comorbidades;
- Manter protocolos clínicos para doenças respiratórias sazonais em pediatria;
- Exame específico para COVID-19 conforme indicação e data de início dos sintomas (vide item 4 acima);
- Oseltamivir: indicado até as primeiras 48h de sintomas para casos de SRAG ou SG pertencentes a grupos de risco para complicações por Influenza, conforme item 7.5 abaixo, devendo ser suspenso se descartado o vírus Influenza;
- Bom aporte hídrico e nutricional;

\*Observação: casos inicialmente classificados como moderados com idade < 2 meses e/ou com fatores de risco para complicações por COVID-19 devem ser conduzidos como casos graves (conforme item 7.3 abaixo).

## 7.3. CASOS GRAVES

- Internação hospitalar em leito de enfermaria.
- Máscara cirúrgica (a partir de 2 anos de idade);
- Antitérmicos e analgésicos se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Não iniciar corticoides, exceto em caso de crise asmática (nessas crises, evitar nebulizações e optar pela medicações em spray inalatório com espaçador, sempre que disponíveis);
- Manejo adequado de comorbidades;

- Exame específico para COVID-19 conforme indicação e data de início dos sintomas (vide item 4 acima);
- Oseltamivir: indicado até as primeiras 48h de sintomas para casos de SRAG ou SG pertencentes a grupos de risco para complicações por Influenza, conforme item 7.5 abaixo, devendo ser suspenso se descartado o vírus Influenza;
- Bom aporte hídrico e nutricional;
- Iniciar antibioticoterapia se suspeita ou confirmação de infecção bacteriana associada (vide item 7.5 abaixo).
- Manter protocolos clínicos para doenças respiratórias sazonais em

### 7.3.1. Exames complementares:

#### Exames laboratoriais:

- Hemograma e proteína C reativa;
- RT-PCR para SARS-COV-2 (conforme item 4.1);
- Painel para vírus respiratórios (incluindo Influenza);
- Demais exames a critério clínico.

#### Exames de imagem:

- Radiografia de tórax: as manifestações radiológicas na fase inicial são leves ou até mesmo ausentes. Na população pediátrica, tem se tornado mais evidentes a partir do 4º dia de doença, sendo observado acometimento bilateral à medida que o quadro progride. O acometimento pleural é infrequente.

A Tomografia de tórax não está indicada rotineiramente - apenas em quadros críticos, a critério clínico. Em geral, pode revelar múltiplas opacidades bilaterais irregulares em vidro fosco, opacidades em vidro fosco esparsas e irregulares e/ou infiltrados irregulares no terço médio em periferia pulmonar ou subpleurais, habitualmente mais brandos do que os achados observados em adultos.

### 7.3.2. Suporte ventilatório

Ofertar oxigênio de acordo com a necessidade clínica visando manter saturação  $\geq 94\%$ . A escolha do dispositivo deve-se basear na condição clínica e na tolerância, pelo paciente, do dispositivo.

- Cateter nasal de baixo fluxo; preferencialmente não umidificar.

Fluxo	FiO2 aproximada (varia de acordo com o tamanho da criança)
1L/min	24%
2L/min	28%
3L/min	32%



- Máscara de Venturi: de acordo com a orientação contida nas peças (L/min e FiO2 desejada para manter a SatO2).
- Máscara não-reinalante com reservatório:

L/min	FiO2 aproximada
8 L/min	60-80%
10 L/min	80-90%
12 L/min	90%
15 L/min	>90%

Os que evoluírem com piora clínica e/ou cianose e/ou SatO2 < 93% apesar de suplementação de O2 com FiO2 > 50% deverão ser manejados como casos críticos, conforme item 7.4 abaixo.

#### 7.4. CASOS CRÍTICOS

Devem ser encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva, por terem indicação ou risco de IOT ou VNI nas próximas horas ou disfunção de outros órgãos. A UTI também está indicada nos pacientes com agudização de ventilação domiciliar e risco de apneia.

##### 7.4.1. Exames complementares:

- RT-PCR para SARS-CoV-2 (conforme item 4.1);
- Painel para vírus respiratórios (incluindo Influenza);
- Hemograma, ferritina, DHL, pró-BNP, PCR, VHS, CKMB, CPK, troponina, D-dímero, triglicérides, fibrinogênio, proteínas totais e frações, TGO, TGP, FAL, GGT, TAP, TTPa, Cr, Ur, EAS, hemocultura, urocultura;
- Radiografia de tórax;
- ECG e ecocardiograma;
- Demais exames a critério clínico.

##### 7.4.2. Suporte ventilatório:

###### 1. Ventilação Não Invasiva (VNI):

A VNI deverá ser realizada em leito de isolamento com pressão negativa preferencialmente, em ventilador mecânico microprocessado que tenha módulo ventilatório de dois níveis pressóricos (Binível), em circuito de ramo duplo, preferencialmente com utilização de máscara total face não ventilada (sem válvula exalatória), com filtro HME posicionado entre a máscara e o conector em Y e filtro bacteriológico Heat and moisture exchanger (HME) entre o final do ramo expiratório e a válvula exalatória do ventilador mecânico e filtro bacteriológico High Efficiency Particulate Air (HEPA) no ramo expiratório.

Iniciar ventilação em modo assistido controlado com suporte inicial de frequência respiratória em 50% da prevista para idade (avaliando o ajustes finos quando possível de tempo inspiratório, relação i:e e Rise Time);

Volume corrente alvo de 6 ml/kg;

Menor FiO<sub>2</sub> e PEEP possíveis para que SpO<sub>2</sub> ≥ 94%

O sucesso da estratégia ventilatória de admissão, será determinado por meio de reavaliações em 15, 30, 60, 90 e 120 minutos com monitorização dos seguintes sinais:

- SpO<sub>2</sub> ≥ 94% e PaO<sub>2</sub> > 60mmhg
- Frequência cardíaca em até 20% da prevista para idade
- Desconforto respiratório leve
- Frequência respiratória espontânea menor do que antes da adaptação da VNI
- Ausculta pulmonar com entrada razoável em todos os quadrantes
- Nível de consciência e agitação psicomotora adequados para realização da VNI

**A falha da VNI deverá ser considerada, com indicação de intubação orotraqueal, nos casos de deterioração clínica em até 120 min iniciais (em média):**

- PaO<sub>2</sub> < 60mmHg;
- Volume corrente abaixo de 6 ml/kg, com necessidade de reajuste maior que 20% da pressão inspiratórias (Pip) e pressão expiratória (PEEP) inicialmente programada
- Não reversão ou piora do desconforto respiratório
- Agitação psicomotora refratária a suporte sedativo prescrito

## **2. Ventilação Mecânica**

As crianças que não tolerarem VNI ou as que forem submetidas a VNI por duas horas sem melhora das condições, com aumento das secreções das vias aéreas, tosse intensa ou instabilidade hemodinâmica, devem ser submetidas à ventilação mecânica invasiva imediatamente.

Caso o paciente não esteja em UTI, solicitar a transferência para leito de terapia intensiva.

- **Intubação - Preparo:**

**Equipe:**

- Equipamento de proteção individual (EPI)
- Profissionais: médico experiente em IOT e segundo médico experiente, fisioterapeuta, enfermeiro e técnico de enfermagem

**Paciente:**

- monitor cardíaco, oximetria, pressão não invasiva e capnografia (se disponível)
- Acesso venoso: pelo menos um acesso testado
- Posicionamento: usar coxim occipital em maiores de 1 ano, escapular em lactentes abaixo de 1 ano.

**Material:**

- Medicamentos: drogas de indução e sedação contínua aspiradas, identificadas e ligadas na bomba de infusão contínua (quando esta for a forma de infusão)
- Dispositivos testados e adequados ao tamanho do paciente: videolaringoscópio, cânula orotraqueal com cuff, bolsa-valva-máscara (BVM) + filtro HME (conectados)
- VM: ajustar os parâmetros e conectar na ordem: filtro em válvula exalatória, traqueias do ventilador, capnógrafo, filtro umidificador e aspirador (trach-care). Após a intubação, conectar imediatamente esse sistema ao tubo.

- **Pré-Oxigenação:**

- Tempo: 3 a 5 minutos
- Estratégia: máscara não reinalante OU VNI com FiO2 100% com circuito específico de VM (conectado conforme descrito acima)+ máscara fullface + filtro na saída exalatória dos ventiladores.

PREFERENCIALMENTE NÃO USAR: máscara de venturi ou nebulização.

- **Medicamentos - Sequência Rápida de Intubação (SRI):**

- Atropina (se pré-oxigenação insuficiente ou se instabilidade hemodinâmica)
- Lidocaína como supressor de reflexo laríngeo (3min antes do procedimento)
- Indução com Dextrocetamina
- Midazolam associado a Fentanil se impossibilidade de Dextrocetamina
- Bloqueador neuromuscular para evitar tosse: rocurônio ou cisatracúrio
- Evitar doses mínimas

Medicamento	Dose (IV)	Início de ação (Segundos)	Duração (min)
Dextrocetamina	2mg/kg	60-120	30-60

Fentanil	2-4mcg/kg	60	30-60
Midazolam	0,1-0,4 mg/kg	60-120	30-60
Rocurônio	0,6-1,2 mg/kg	60-90	15-30
Atracúrio	0,4 a 0,5mg/kg	60- 240	20 - 35
Lidocaína	1,5mg/kg	Fazer 3min antes da intubação	
Atropina	0,02 mg/kg	Sat< 94%/ Instabilidade Hemodinâmica	

- **Intubação Orotraqueal (IOT)**

- Tempo: aguardar o bloqueio neuromuscular para retirar a máscara não reinalante ou VNI
- Procedimento: intubar sob visualização da glote preferencialmente com videolaringoscópio e insuflar antes de ventilar sob visualização direta
- Ventilação: conectar e iniciar o modo operacional do VM
- Confirmação: visualizar a curva da capnografia, expansibilidade torácica e saturação de oxigênio

EVITAR: BVM para checar o posicionamento do tubo. SE NECESSÁRIO SEU USO, conectar filtro HME

- **Pós-Intubação:**

- Imagem: Raio-X ou TC de tórax (quando indicada)
- Sedação contínua: Midazolam e fentanila em infusão contínua
- Ventilação parâmetros iniciais:
  - Volume corrente de 4 a 6 ml/kg de peso
  - PEEP inicial de 5 a 8 cm H<sub>2</sub>O
  - Driving pressure ≤14 cmH<sub>2</sub>O
  - FR 12 a 30 /minuto (considerar a idade)
  - ETCO<sub>2</sub>: entre 30 e 45 mmHg
  - Fio<sub>2</sub>: inicial de 100% (ajuste posterior)
  - SatO<sub>2</sub>: entre 90 e 94%

### 3. Ventilação Mecânica Invasiva

- Modo: assistido-controlado
- Conferir a Complacência estática (manobra de pausa inspiratória)
- Volumes correntes (VC): 4-7ml/kg (se a complacência inicial for normal, em geral é de 0,9 x peso)
- PEEP inicial em torno de 5 - 8 cmH<sub>2</sub>O
- Limitar a pressão de Plateau (PI) <28 – 32 cmH<sub>2</sub>O
- Driving Pressure ≤ 14cm H<sub>2</sub>O
- A frequência respiratória deve ser ajustada com base nos objetivos de ventilação minuto
- Titular a FiO<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> entre 90% e 94%

#### 7.4.3. Abordagem na UTI:

- Sedação contínua: preferencialmente optar por Midazolam e fentanila em infusão contínua ou, em caso de indisponibilidade desses medicamentos avaliar o caso individualmente.
- Em casos de dificuldade de manuseio ventilatório, considerar a associação de bloqueio neuromuscular. Utilizar preferencialmente o rocurônio.
- Titulação do suporte ventilatório, Metas de oxigenação: SpO<sub>2</sub>: 90-94%; FiO<sub>2</sub><60%; pH>7,2.
- Posição Prona: considerar precocemente, inclusive durante oxigenoterapia ou suporte não invasivo, manter de 12 a 18h/dia.
- Considerar terapias escalonadas quando houver hipoxemia (refratária): Óxido nítrico inalatório, Ventilação Oscilatória de Alta Frequência (VAFO).
- Diminuir a aspiração das vias aéreas ou realizar quando houver secreção abundante/espessa. Utilizar circuito fechado de aspiração.
- Retirada da ventilação mecânica: de acordo com os processos rotineiros da instituição, evitar desconexão do circuito da ventilação mecânica no processo de TRE (teste de respiração espontânea). À extubação fazer a oclusão do tubo oro-traqueal e manter o ventilador no modo “stand by”, considerando que, para pacientes críticos, o período de isolamento respiratório deve ser de 20 dias.
- Evitar nebulizações pós-extubação de forma rotineira, reservar para casos selecionados.
- Recomendado uso racional de fluidos, evitando balanço hídrico positivo.
- Garantir o suporte nutricional (preferencialmente enteral) e hemodinâmico de acordo com o quadro clínico do paciente. Inotrópicos como dobutamina, milrinona, epinefrina ou norepinefrina estão indicados naqueles pacientes com sinais de baixo débito sistêmico ou insuficiência cardíaca e que apresentam disfunção ventricular.

#### 7.4.4. Tratamento Medicamentoso:

1. **Antimicrobianos:** não são recomendados para o tratamento da COVID-19, exceto para os casos de co-infecção bacteriana confirmada ou suspeita. A escolha do antimicrobiano dependerá do provável foco infeccioso. No caso de foco respiratório, sugere-se ampicilina + sulbactam.
2. **Corticosteróides:** apesar do benefício já observado da dexametasona em estudos em adultos com COVID-19 em suplementação de O<sub>2</sub>, não há evidências de eficácia na faixa etária pediátrica. O uso dos corticosteróides deve ser individualizado, sendo indicado nos casos de crise asmática associada, choque refratário e/ou outras indicações.
3. **IECA (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina):** não há evidência de que o uso desses medicamentos esteja associada com piora do quadro clínico de COVID-19. Portanto o seu uso não deve ser descontinuado ou contra-indicado devido à COVID-19.
4. **Medicamentos de uso contínuo deverão ser mantidos conforme as indicações clínicas e em doses habituais.** No caso de medicamentos inalatórios deve-se evitar nebulizações, dando preferência aos sprays orais com espaçadores.
5. **Oseltamivir [Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)]:** indicado apenas nos casos de SG com fatores de risco (de complicações por Influenza) ou nos casos de SRAG, se puder ser iniciado dentro das primeiras 48h de sintomas, por 5 dias, até resultado do painel viral (deve ser suspenso se painel negativo para Influenza):

- **Criança maior de 1 ano de idade:**

≤15 kg: 30 mg, 12/12h, 5 dias;

15 a 23 kg: 45 mg, 12/12h, 5 dias;

23 a 40 kg: 60 mg, 12/12h, 5 dias;

>40 kg: 75 mg, 12/12h, 5 dias;

- **Criança menor de 1 ano de idade:**

0 a 8 meses: 3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias;

9 a 11 meses: 3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias;

- **Recém-nascidos:**

1 mg/kg/dose 12/12 horas em prematuros; 5 dias.

1 mg/kg/dose 12/12 horas de 37 a < 38 semanas de idade gestacional; 5 dias.

1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade gestacional; 5 dias.

3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com idade gestacional maior de 40 semanas; 5

dias

6. Não há terapias específicas para o SARS-CoV-2 com eficácia comprovada em Pediatria até a data de publicação deste documento. Não se recomenda o uso de hidroxicloroquina, cloroquina, ivermectina, nitazoxanida, lopinavir/ritonavir para profilaxia e/ou tratamento de formas leves, moderadas, graves ou críticas fora de protocolos de pesquisa clínica. O uso do antiviral remdesivir não é disponibilizado no Brasil, e ainda não há estudos sobre a sua eficácia e

segurança em Pediatria até a publicação deste documento.

7. Anticoagulantes: a anticoagulação em pacientes pediátricos com COVID-19 não está recomendada rotineiramente, pois há poucas evidências sobre o seu benefício. Para os casos de SIM-P ou apresentação como Doença de Kawasaki, deve ser utilizado de acordo com o item 7.6 (SIM-P). Crianças com manifestações graves deverão ser avaliadas individualmente, podendo ser considerado o uso de heparina em dose profilática naqueles com fatores de risco conhecidos (histórico pessoal ou familiar de trombofilia, adolescentes, doença maligna, obesidade, cirurgia recente ou trauma).

#### 7.5. **SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA associada à COVID-19**

Desde abril de 2020 há descrições na literatura sobre uma nova apresentação clínica em crianças previamente saudáveis, possivelmente associada à COVID-19. Trata-se da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P, do inglês MIS-C), potencialmente grave, com características semelhantes às observadas na síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleta e/ou síndrome do choque tóxico.

O espectro clínico completo da SIM-P ainda é desconhecido. Os relatos disponíveis na literatura descrevem manifestações sindrômicas caracterizadas por febre persistente acompanhada de um conjunto de sintomas que podem incluir hipotensão, comprometimento de múltiplos órgãos e níveis elevados de marcadores inflamatórios. A ausência de sintomas respiratórios não exclui o diagnóstico da síndrome. A maioria dos casos relatados apresenta exames laboratoriais que indicam infecção atual ou recente pelo SARS-CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado de COVID-19.

##### 7.5.1. **Definição de caso de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) potencialmente associada à COVID-19:**

- Presença de febre elevada (> 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (até 19 anos de idade)

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
- Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (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 N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP)],
- Evidência de coagulopatia (por TAP, TTPa ou D-dímero elevados).
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarréia, vômito ou dor abdominal).

E

- Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR, entre outros).

E

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa e inflamatória, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.

E

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso confirmado de COVID-19.

Observações:

- Podem ser incluídas crianças e adolescentes que preencherem os critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou síndrome do choque tóxico.
- Os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de SIM-P em qualquer morte pediátrica com evidência de infecção por SARS-CoV-2.

#### 7.5.2. Diagnósticos diferenciais:

- Sepse bacteriana
- Síndrome de Kawasaki de outras etiologias
- Síndrome da pele escaldada
- Síndrome do choque tóxico
- Apendicite
- Outras infecções virais
- Síndrome de ativação macrofágica (SAM) de outras etiologias
- Lúpus eritematoso sistêmico juvenil
- Outras vasculites primárias

#### 7.5.3. Manejo clínico:

- **Internação hospitalar.**
- **Exames complementares:**
  - Hemograma, ferritina, DHL, pró-BNP, PCR, VHS, CKMB, CPK, troponina, D-dímero, triglicérides, fibrinogênio, proteínas totais e frações, TGO, TGP, FAL, GGT, TAP, TTPa, Cr, Ur, EAS, hemocultura, urocultura.
  - Radiografia de tórax.
  - ECG e ecocardiograma.
  - Demais exames a critério clínico.



#### 7.5.4. Tratamento:

- **Antimicrobianos:** nos casos que se apresentam com choque e com sinais de sepse, antibioticoterapia empírica deverá ser imediatamente iniciada. A escolha do antimicrobiano dependerá da apresentação clínica e da epidemiologia local. Recomendamos que cada esquema terapêutico seja reavaliado com equipe multidisciplinar.
- **Antivirais:** A SIM-P é considerada uma condição clínica pós-infecciosa, mediada por resposta imunológica, e não por ação direta do vírus SARS-CoV-2. Mesmo nos casos em que haja identificação da presença de RNA viral em amostras de nasofaringe, o papel dos antivirais atualmente disponíveis ainda não está estabelecido, não sendo recomendado o seu uso fora de protocolos de pesquisa clínica aprovados pela CONEP.
- **Imunoglobulina endovenosa (IGEV):** Deve ser considerada nos casos que preenchem critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki e/ou síndrome de ativação macrofágica. Deve também ser considerada nos casos que têm apresentação como síndrome do choque tóxico que se mostraram refratários ao tratamento convencional. A dose é de 1-2 g/kg, em infusão endovenosa contínua de 12 horas. A IGEV pode ser repetida nos casos refratários à primeira dose.
- **Corticosteróides:** Metilprednisolona é o corticosteróide de escolha para os casos de SIM-P. Seu uso deve ser considerado, junto à IGEV, nos casos graves e nos que foram refratários à infusão desta, podendo ser administrada em forma de pulsoterapia. A dose inicial varia de 10 a 30 mg/kg/dia por 1 a 3 dias consecutivos, seguida de 2 mg/kg/dia por 5 dias, devendo sua dose ser diminuída gradualmente ao longo de 2 a 3 semanas.
- **Imunomoduladores:** Até o presente momento, os benefícios e os riscos associados a esses medicamentos ainda não foram adequadamente estabelecidos em crianças e adolescentes.
- **Anticoagulantes:** Pelo risco de eventos trombo-embólicos associado à COVID-19 durante ou após a sua fase ativa, o ácido acetil salicílico (AAS) deverá ser utilizado nos casos de SIM-P com manifestações da síndrome de Kawasaki e/ou plaquetose ( $\geq 450.000/\mu\text{L}$ ), na dosagem de 30 a 50 mg/kg/dia, sendo sua dose reduzida para 3 a 5 mg/kg/dia (máximo 80 mg/dia) assim que a criança estiver afebril por 48 horas e mantida até a normalização da contagem plaquetária e sem evidências de alterações coronarianas com pelo menos 4 semanas do diagnóstico. Tratamento com AAS deve ser evitado em pacientes com plaquetas  $\leq 80.000/\mu\text{L}$ . A enoxaparina deverá ser associada ao AAS nos casos com aneurismas coronarianos e mantida por tempo indefinido, na dosagem de 2 mg/kg/dia divididos em duas doses (dose terapêutica). Nos casos de SIM-P com evidência de trombose ou que apresentem disfunção ventricular com fração de ejeção  $< 35\%$ , a enoxaparina (dose terapêutica) deverá ser mantida por pelo menos 2 semanas após a alta hospitalar.
- **Suporte inotrópico:** disfunção ventricular e choque cardiogênico são frequentes na SIM-P, podendo ocorrer em mais de 50% dos pacientes. Inotrópicos como dobutamina, milrinona, epinefrina ou norepinefrina estão indicados naqueles pacientes com sinais de baixo débito sistêmico ou insuficiência cardíaca e que apresentam disfunção ventricular.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hong H, Wang Y, Chung HT, Chen CJ Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatr Neonatol.* 2020 Mar 10.

2. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J et al. SARS-CoV-2 Infection in Children N Engl J Med. 2020 Mar 18. Chen Z et al. World J Pediatrics, 2020.
3. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemical characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020.
4. Anvisa. Nota técnica GVMS/GCTES/Anvisa no 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), atualizada em 21/03/2020.
5. Qiu, Haiyan, Wu et al. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study.
6. Protocolo de tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV), Ministério da Saúde, Brasil, 2020.
7. Carlotti, Ana Paula de C; Carvalho, Werther B; Jhonson, Cintia; Delagado, Arthur F. Protocolo de diagnóstico e manejo de paciente com COVID-19 – Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 26/03/2020.
8. Manejo Novo Coronavírus (COVID-19). Diretoria Diagnóstica. Albert Einstein, 31/03/2020.
9. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. Pediatrics. 2020. Mar 16.
10. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC et al [Recommendations on the clinical management of the COVID-19 infection by the «new coronavirus» SARS-CoV2. Spanish Paediatric Association working group].An Pediatr (Barc). 2020 Mar 12.
11. Henry BM, Lippi G, Plebani M. Laboratory abnormalities in children with novel coronavirus disease 2019. Clin Chem Lab Med. 2020 Mar 16.
12. Wang L, Shi Y, Xiao T et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). Ann Transl Med. 2020 Feb;8(3):47.
13. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, et al. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units [published online ahead of print, 2020 May 11]. JAMA Pediatr.
14. García-Pavón S, Yamazaki-Nakashimada MA, Báez M, Borjas-Aguilar KL, Murata C. Kawasaki Disease Complicated With Macrophage Activation Syndrome: A Systematic Review. J Pediatr Hematol Oncol. 2017;39(6):445-451.
15. Kneyber MC, Medina A, Alapont VC, Blokpoel R, Brierley J, Chidini G et al. Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC). Available from: <https://espnice-online.org/News/Latest-News/Practice-recommendations-for-managing-children-with-proven-or-suspected-COVID-19>.
16. Royal College of Pediatrics and Child Health. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. Available from: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-paediatric-multisystem-inflammatory-syndrometemporally-associated-covid-19>
17. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the

- Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study [published online ahead of print, 2020 May 13]. Lancet. 2020;10.1016/S0140-6736(20)31103-X.
19. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 May 15]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMcp2009575.
  20. Typpo K, Emeriaud G, Nishisaki A, Brown AM, Irving S, Srinivasan V et al. PICU-COV Week 1: Results - NEAR4KIDS. Available from: <https://near4kids.research.chop.edu/system/files/PICUCOV%2C%20Week%201%20Results%20Report%2C%2020200323.pdf>
  21. Chao JY, Derespina KR, Herold BC, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized and Critically Ill Children and Adolescents with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) at a Tertiary Care Medical Center in New York City [published online ahead of print, 2020 May 11]. J Pediatr. 2020;S00223476(20)30580-1.
  22. Kneyber MCJ, de Luca D, Calderini E, et al. Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC). Intensive Care Med. 2017;43(12):1764-1780.
  23. Protocolo Institucional- Uso de Cloroquina de Hidroxicloroquina na COVID-19; Código: HB-NIRAS-PRT-0033; Versão: 1; Categoria: Protocolo-NIRAS; Validade: 28/11/2021; Vigência: 28/05/2020; Data Versão: 03/06/2020; Data Criação: 28/05/2020. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/23/15\\_INTUBACAO\\_DE\\_PACIENTES\\_PEDIATRICOS\\_COM\\_SUSPEITA\\_OU\\_CONFIRMACAO\\_DE\\_COVID-19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/23/15_INTUBACAO_DE_PACIENTES_PEDIATRICOS_COM_SUSPEITA_OU_CONFIRMACAO_DE_COVID-19.pdf)
  24. Clinical Guidance for Pediatric Patients with Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with SARS-CoV-2 and Hyperinflammation in COVID-19- American College of Rheumatology.
  25. Sistematização da assistência de pacientes com COVID-19 no serviço de emergência pediátrica, Sociedade Brasileira de Pediatria, 20/04/2020, disponível em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22463c-NA\\_-Sistematiz\\_Assist\\_Covid-19\\_Serv\\_EmergPed.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22463c-NA_-Sistematiz_Assist_Covid-19_Serv_EmergPed.pdf)
  26. Notificação obrigatória no Ministério da Saúde dos casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) potencialmente associada à COVID-19, agosto de 2020, disponível em [file:///C:/Users/Cliente/Documents/Luciana/SBP%20NotificacaoObrigatoria\\_no\\_MS\\_dos\\_SIM-Covid19.pdf](file:///C:/Users/Cliente/Documents/Luciana/SBP%20NotificacaoObrigatoria_no_MS_dos_SIM-Covid19.pdf)
  27. RECOMENDAÇÕES DO USO VENTILAÇÃO MECÂNICA PARA CRIANÇAS EM SUSPEITA CONFIRMAÇÃO DE COVID-19\* [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/05/ASSOBRAFIR\\_COVID-19\\_VM-PED\\_2020.05.07.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/05/ASSOBRAFIR_COVID-19_VM-PED_2020.05.07.pdf)
  28. <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>, acessado em 03/11/2020.
  29. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_tratamento\\_influenza\\_2017.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf)

CÂMARA TÉCNICA DE DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO DA COVID-19:

**SAMARA FURTADO CARNEIRO**

Coordenadora da Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

**JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS**

Gerente de Assistência Farmacêutica Especializada

**LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA**  
Referência Técnica Distrital (RTD) em Infectologia

**CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA**  
Referência Técnica Distrital (RTD) Colaboradora de Infectologia

**ARILENE DE SOUZA LUIS**  
Coordenadora de Atenção Especializada em Saúde

**MILENA ZAMIAN DANILOW**  
Referência Técnica Distrital (RTD) colaboradora em Pneumologia

**MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS**  
Referência Técnica Distrital (RTD) em Hematologia

**CAMILA MONTEIRO DAMASCENO**  
Referência Técnica Distrital (RTD) em Medicina de Família e Comunidade

**ROSANA COSTA OLIVEIRA**  
Referência Técnica Distrital (RTD) em Cardiologia

**EDNA MARIA MARQUES DE OLIVEIRA**  
Referência Técnica Distrital (RTD) colaboradora em Cardiologia

**MARJAN MARIA DE MEDEIROS RAULINO**  
Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Emergência

**ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS**  
Referência Técnica Distrital (RTD) em Patologia Clínica

**RAQUEL VAZ CARDOSO**  
Gerente da Estratégia de Saúde da Família (GESFAM)

**CLAYTON MARCELO PRADO DE CAMPOS**  
Médico Intensivista -UTI HRL

COLABORADORAS:

**SÂMARA FARIAS COSTA GODEIRO CARLOS**  
Médica Intensivista

**ANA AMÉLIA MENESES FIALHO MOREIRA**

**RTD Terapia Intensiva- Pediatria**

**LARISSA LUZIA TORRES BARROS**

**Médica Intensivista- Pediatria**

**LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE**

**Médica Pneumologista Pediatra**

Ciente e de acordo,

**ALEXANDRE GARCIA BARBOSA**

**Subsecretário de Atenção Integral à Saúde (SAIS)**



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA - Matr.0186146-8, Membro da Câmara Técnica**, em 15/11/2020, às 12:43, 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 **ARILENE DE SOUZA LUIS - Matr.1671682-5, Membro da Câmara Técnica**, em 15/11/2020, às 19:40, 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 **JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS - Matr.1664102-7, Membro da Câmara Técnica**, em 16/11/2020, às 07:27, 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 **ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS - Matr.1676605-9, Membro da Câmara Técnica**, em 16/11/2020, às 12:54, 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 **MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS - Matr.0154929-4, Membro da Câmara Técnica**, em 16/11/2020, às 12:55, 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 **CLARISSA LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 16/11/2020, às 17:30, 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 **MILENA ZAMIAN DANILOW - Matr.1677223-7, Membro da Câmara Técnica**, em 17/11/2020, às 08:36, 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, Médico(a) Coordenador(a) Pneumologia**, em 18/11/2020, às 14:09, 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 **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3, Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade**, em 18/11/2020, às 16:44, 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, Médico(a) Intensivista Adulto(a)**, em 18/11/2020, às 16:45, 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 **ANA AMELIA MENESES FIALHO MOREIRA - Matr.0132955-3, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI Pediátrica**, em 18/11/2020, às 21:16, 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 **LARISSA LUZIA TORRES BARROS - Matr.0154340-7, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI Pediátrica-Colaborador(a)**, em 18/11/2020, às 21:34, 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 **SAMARA FURTADO CARNEIRO - Matr.0196789-4, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 19/11/2020, às 16:06, 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 **ALEXANDRE GARCIA BARBOSA - Matr.0139106-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 19/11/2020, às 17:43, 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=50484207)  
verificador= **50484207** código CRC= **39969507**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF