



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 12/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 08 de julho de 2021.

ASSUNTO: ORIENTAÇÕES CLÍNICAS E ORGANIZACIONAIS PARA O MANEJO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DOS USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 - VERSÃO 2 (Junho de 2021).

OBJETIVO:

Orientar as equipes de Saúde da Família (eSF) quanto ao manejo das urgências e emergências de Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR) e à organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tal, no contexto da pandemia COVID-19.

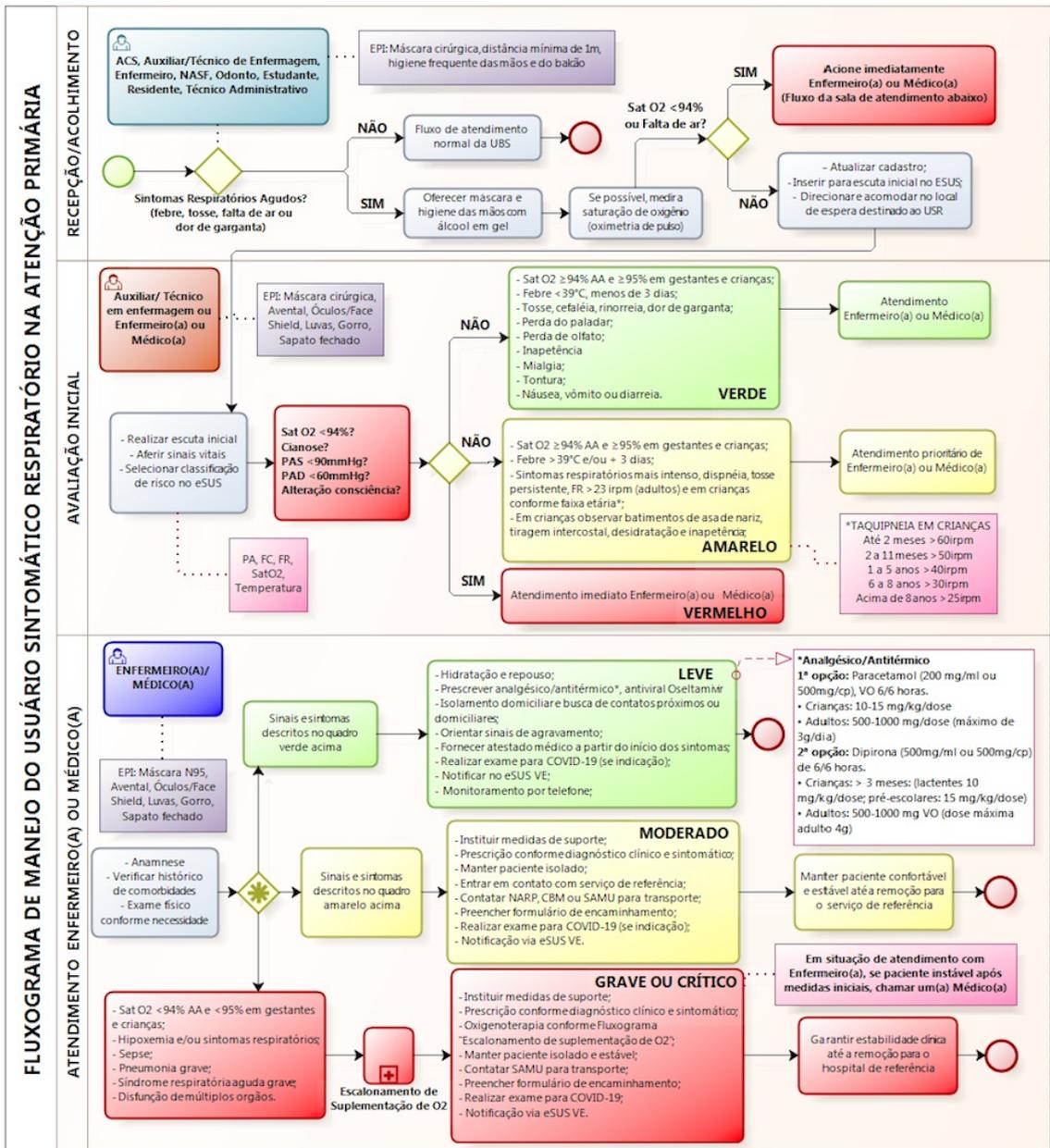
JUSTIFICATIVA:

Com o avanço da pandemia de COVID-19 e o consequente aumento do número de casos moderados, graves e críticos, entendendo que, além de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) faz parte da Rede de Urgências e Emergências (RUE), este documento foi formulado com o intuito de atender às especificidades do atendimento às urgências e emergências dos USR nas UBS, considerando disponibilidade de insumos, fármacos, equipamentos e organização da RUE para remoção dos casos que demandem assistência hospitalar.

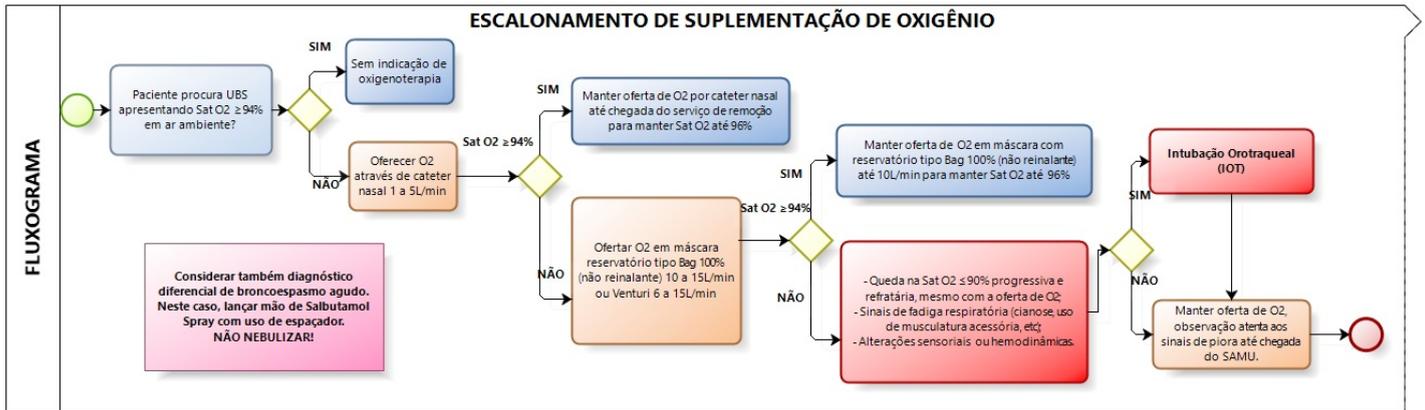
1. IDENTIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DOS USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA APS

Os fluxogramas abaixo resumam e esquematizam o atendimento aos USR nas UBS, que está descrito nas [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#) e nesta nota.

Fluxograma 1 (Classificação de Risco e Atendimento aos Usuários Sintomáticos Respiratórios)



Fluxograma 2 (Suplementação Escalonada de O2)



1.1. ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DO CASO COMO MODERADO, GRAVE OU CRÍTICO

A classificação dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 como leves, moderados, graves ou críticos está orientada pelas [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#) e [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – FARMACOLÓGICO DA COVID-19 NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA](#) da SES-DF. Considerando que os casos leves serão manejados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família, conforme diretrizes e notas técnicas já estabelecidas e atualizadas periodicamente (especialmente as [DIRETRIZES DE APOIO CLÍNICO E ORGANIZACIONAL PARA A APS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19](#)), este documento terá como enfoque apenas os casos que necessitarão de intervenção (estabilização) e/ou transferência para outros serviços da RUE, tais como moderados, graves e críticos. Cabe ressaltar que enquanto os casos graves e críticos devem ser estabilizados e removidos para os serviços de referência, os moderados poderão ser encaminhados aos serviços de referência para avaliação médica e julgamento clínico quanto à necessidade de internação, conforme as [Diretrizes Clínicas](#) já citadas e o *Anexo I*. Assim, faz-se necessária a classificação de gravidade dos usuários atendidos para a definição do serviço a ser contatado para a remoção, conforme 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.

1.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS COM SINAIS DE GRAVIDADE NA APS

Durante o atendimento, deve-se objetivar a identificação de sinais e sintomas de gravidade (vide *Quadro 1*) a fim de classificação rápida de risco de agravamento, estabilização e transferência imediata para o serviço de referência. A seguir, serão apresentados os principais pontos relacionados ao atendimento de casos moderados, graves e críticos na APS.

QUADRO 1: RECONHECIMENTO DE SINAIS DE ALERTA E CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DE PACIENTES SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	
ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; Ronco, retração sub/intercostal severa; Cianose central ou SatO₂ < 94% (<95% para gestantes) em ar ambiente; Taquipneia (> 23 irpm). <p>Febre persistente* > 39°C (*refratária a analgésicos) ou por mais de 3 dias consecutivos</p> <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental, como confusão e letargia; Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril. 	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; Ronco, retração sub/intercostal, respiração paradoxal, batimento de asa de nariz; Cianose central ou SatO₂ < 92% em ar ambiente; Taquipneia (valores acima da referência/idade): Até 02 meses (> 60ipm) 2 a 11 meses (> 50ipm) 1 a 5 anos (> 40ipm) 6 a 8 anos (> 30ipm) Acima de 8 anos (> 25ipm) <p>Febre persistente* > 39°C (*refratária a analgésicos) ou por mais de 3 dias consecutivos</p> <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão; Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos; Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental, como confusão e letargia; <p>Convulsão.</p>

1.2.1. CASOS MODERADOS OU GRAVES, SEM FALÊNCIA RESPIRATÓRIA

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

- **Nos casos que demandarão 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 (vide Circular nº 10/2020 SES/COAPS/SAIS).
- **Iniciar medidas de suporte, conforme Fluxograma 2.**
- **Se SatO₂ < 94% em ar ambiente (a.a.), SatO₂ < 95% em gestantes**, ofertar O₂ em Cateter Nasal (CN) tipo “óculos” com máscara cirúrgica por cima, bem ajustada.
- Inicie com 1L/min e se necessário aumente até 5L/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).
- Em crianças, ofertar o O₂ em CN se houver dispnéia e/ou sinais de esforço respiratório (ronco, retração sub/intercostal, respiração paradoxal, batimento de asa de nariz), independentemente da SatO₂.

- *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:

- Nos casos de SatO2 em a.a. $< 94\%$, mas $\geq 92\%$ (92-93%), 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, 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 associada 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 casos 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 de até 25% não demanda, isoladamente, internação, um acometimento $> 25\%$ com SatO2 $< 94\%$ em a.a. indica internação.
- **Se falha em manter SatO2 $\geq 92\%$ com CN a até 5L/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 15L/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 35% (até 50%) 6 a 15L/min (checar especificação do fabricante no produto, pois os parâmetros diferem de uma marca para outra).
- **Deve-se atentar aos diagnósticos diferenciais e manejo conforme quadro clínico apresentado e comorbidades**, com ênfase aos 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). Atentar-se para a sazonalidade de Influenza e bronquiolite (especialmente por Vírus Sincicial Respiratório).
- 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.
- Considerar iniciar a administração de dexametasona* 6 mg IV (ou VO) em pacientes classificados como graves ou críticos que apresentaram SatO2 $< 94\%$ em ar ambiente na admissão, conforme disposto nas [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#). *Caso não haja a disponibilidade de dexametasona, pode-se fazer dose equivalente de prednisona VO, por exemplo. Nesse caso seriam 40 mg de prednisona VO.
- **Manter o uso racional de medicamentos:** prescrever antibióticos apenas se suspeita ou confirmação por critérios clínicos, laboratoriais e/ou radiológicos de (co)infecção bacteriana. No caso de pacientes que apresentem sinais sugestivos de sepse, pode-se avaliar a administração de uma primeira dose de antibiótico na UBS enquanto aguarda-se a remoção. Pode-se utilizar, por exemplo, a ceftriaxona 1g IM ou outro antibiótico que o médico julgar pertinente.
- Não há indicação de prescrição de anticoagulantes como rotina para os casos ambulatoriais de COVID-19, exceto aqueles com alto risco de eventos trombóticos. Não há indicação de se fazer, 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° 5/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID-19.

1.2.2. CASOS GRAVES E CRÍTICOS COM FALÊNCIA RESPIRATÓRIA E POSSÍVEL NECESSIDADE DE IOT e RCP:

INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NA APS	
<p>A IOT, no ambiente das UBS, é um recurso que deve ser utilizado em caráter de exceção, na falha de outras medidas instituídas, por profissionais treinados e com a disponibilidade de equipamentos e medicamento disponível, para segurança do paciente e dos profissionais de saúde.</p>	
<p>Pessoa que já chega na UBS em falência respiratória, sem resposta às medidas iniciais</p>	<p>Pacientes que falharam na tentativa de manter SatO2 $\geq 94\%$ E apresentam queda na SatO2 $\leq 90\%$ de forma progressiva e refratária, mesmo com a oferta de O2 conforme fluxograma 2 E que apresentem sinais de fadiga respiratória (cianose, uso de musculatura acessória, etc) E alterações sensoriais ou hemodinâmicas.</p>
CUIDADOS NECESSÁRIOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O material deve ser preparado e checado previamente; 2. Equipe deve limitar-se ao menor número possível de pessoas, preferencialmente os profissionais com mais experiência em atendimento de emergências e intubação; 3. Nenhum procedimento deve ser realizado sem a paramentação completa da equipe (EPI para contato e aerossóis), por isso, as equipes de saúde devem ter disponíveis kits individuais de EPI adequados. (Paramentação: luvas, máscara N95 ou equivalente, óculos ou protetor facial, gorro e avental impermeável); 4. Especial cuidado antes de iniciar a intubação, é evitar a ventilação com BVM ou bolsa-tubo endotraqueal, pelo elevado risco de aerossolização e contaminação da equipe. Recomenda-se oxigenoterapia sob máscara facial com reservatório (não-reinalante) acoplada a face, sem ventilação manual, e proceder intubação orotraqueal por seqüência rápida, por médico experiente; 5. No caso de absoluta necessidade de ventilação com BVM, a técnica de selamento da máscara deve sempre envolver dois profissionais e deve-se utilizar uma cânula orofaríngea (Guedel). Neste caso, é imprescindível a utilização da BVM com instalação prévia de filtro HEPA, HMEF ou HME com filtragem para vírus entre a máscara e a bolsa. 	
SEQÜÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO	
<p>Pré-oxigenar paciente sob máscara facial acoplada manualmente por 3 minutos, em baixo fluxo (2 L/min), evitando escapes, para manter SpO2 $> 93\%$</p>	
<p>Pré-medicação com lidocaína + Sedação seguida de Bloqueio neuromuscular</p>	
<p>Drogas de escolha¹</p> <p>+ Lidocaína sem vasoconstritor (1,5mg/Kg);</p> <p>+ Fentanil² (2µg/Kg);</p> <p>+ Midazolam (0,05 a 0,1mg/kg)</p> <p>+ Suxametônio (1,5mg/Kg).</p>	<p>Exemplo de posologia para um paciente de 70Kg</p> <p>100mg de Lidocaína (5ml se a 2%, ou 10 ml se a 1%)</p> <p>+ 150µg de Fentanil (3ml)</p> <p>+ 1,5mL de Midazolam (5mg/ml Amp 10ml)</p> <p>+ 100mg de Suxametônio (1 F/A)</p>
<p>¹ Alternativas conforme nota técnica específica sobre opções terapêuticas para sedoanalgesia processo SEI 00060-00372867/2020-01</p> <p>² A fim de prevenir evento incómodo de tosse induzida pelo Fentanil, pode-se optar por administrá-lo por 2 minutos antes do procedimento.</p>	

PARA CONTEÚDO MAIS DETALHADO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DE USUÁRIOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS, VIDE [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#), ITEM 15, PÁGINA 53. AS INDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) ESTÃO DISPOSTAS NO ITEM 12, PÁGINA 23.

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

O Anexo I traz orientações para referência e regulação de casos moderados, graves ou críticos de Usuários Sintomáticos Respiratórios (suspeitos ou confirmados de COVID-19), conforme 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.

3. TESTAGEM

Diante de casos de urgência ou emergência, deve-se priorizar a estabilização da pessoa antes de qualquer procedimento diagnóstico complementar. Contudo, após a estabilização, deve-se coletar teste diagnóstico para infecção pelo SARS-COV-2 conforme tempo de sintomas (vide item 9, página 12 das [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#)), desde que não atrase a transferência do paciente.

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

5. OUTRAS ORIENTAÇÕES DO PONTO DE VISTA ORGANIZACIONAL

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

Preferencialmente, em todas as UBS, deve-se reservar espaço exclusivo para o atendimento dos Usuários Sintomáticos Respiratórios (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, todos 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).

- Precauções de Contato e Gotículas: assistência direta ao Usuário Sintomático Respiratório (USR) no acolhimento ou avaliação inicial (aferição de sinais vitais; estratificação de risco). EPI para assistência direta: Máscara cirúrgica, luvas, óculos de proteção (ou protetor facial) e avental de mangas longas.

- Precauções de Contato + Aerossóis: em ambiente segregado destinado ao atendimento de Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR) em situação de urgência/emergência ou que envolvam coleta de amostra nasotraqueal, oroscopia, nebulização, suplementação de O2 por cateter ou máscara, intubação e aspiração de vias aéreas, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual. EPI necessário: Máscara N95 ou equivalente (ex: PFF2), luvas, óculos de proteção (ou protetor facial), gorro e avental impermeável.

Atenção especial à técnica correta de paramentação e desparamentação.

A sala destinada ao atendimento não pode 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.

5.2. Treinamento

Promover ambiente de treinamento e educação permanente em saúde para que os profissionais em atendimento de Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR) estejam aptos à identificação e atendimento imediatos das urgências e emergências, considerando a segurança do paciente e do profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do manejo clínico em situação de urgência e emergência na APS é identificar precocemente os usuários com sinais de alerta de gravidade, solicitar imediata transferência para serviço de referência e oferecer medidas de suporte, enquanto aguarda remoção ou atenção pré-hospitalar secundária. Pacientes em monitoramento domiciliar devem estar orientados a procurar atendimento, preferencialmente em sua UBS de referência, em caso de sinais de gravidade. Mais informações de manejo clínico e processo de trabalho, consultar as [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#), as [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO - FARMACOLÓGICO DA COVID-19 NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA](#) e as [DIRETRIZES DE APOIO CLÍNICO E ORGANIZACIONAL PARA A APS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19](#).

7. VIGÊNCIA

A presente *Nota Técnica substitui a primeira versão 46729650* e permanecerá vigente até publicação de novas normativas SAIS e SES posteriores que venham a suplantam ou atualizar as recomendações aqui apresentadas.

8. Referências Bibliográficas:

- [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#) - versão 3.1.
- Protocolo institucional de atendimento ao paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 - HCOR.
- APA Alhazzani, Waleed et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Critical Care Medicine: June 2020 - Volume 48 - Issue 6 - p e440-e469. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of... : Critical Care Medicine
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. 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 - páginas 4 a 7 (ou atualização posterior), processo SEI 00060-00281831/2020-19.
- 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.
- WHO COVID-19 Clinical management: living guidance.

ANEXO I. Orientações para referência e regulação de casos moderados, graves e críticos, suspeitos ou confirmados de COVID-19

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 l.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, Sepsis, 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 II - FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS - REFERÊNCIA CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS COVID-19

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%); Sepsis; Pneumonia com comprometimento pulmonar >25% em imagem de TC				
CRÍTICO	<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: _____

ATUALIZAÇÃO VERSÃO 2

Alice Ponte Lima

Camila Monteiro Damasceno

Clayton Marcelo Prado de Campos

Geandro de Jesus Dantas

Marcos Vinícius Soares Pedrosa

Raquel Vaz Cardoso

COLABORADORES

Bruno Brunelli

Clarisse Lisboa De Aquino Rocha

Julia Moreira De Souza Dantas

Livia Vanessa Ribeiro Gomes Pansera

Luciana de Freitas Velloso Monte

Marcelo Jorge Carneiro De Freitas

Milena Zamian Danilow

Sílvia Braga de Melo



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3, Membro da Câmara Técnica**, em 08/07/2021, às 19:51, conforme art. 6º do Decreto n° 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 **MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA - Matr.1688489-2, Membro da Câmara Técnica**, em 12/07/2021, às 09:36, conforme art. 6º do Decreto n° 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 12/07/2021, às 10:16, conforme art. 6º do Decreto n° 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 12/07/2021, às 10:23, conforme art. 6º do Decreto n° 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 12/07/2021, às 11:10, conforme art. 6º do Decreto n° 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 12/07/2021, às 17:32, conforme art. 6º do Decreto n° 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 **SILVIA BRAGA DE MELO - Matr.1688971-1, Membro da Câmara Técnica**, em 13/07/2021, às 09:17, conforme art. 6º do Decreto n° 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 13/07/2021, às 09:36, conforme art. 6º do Decreto n° 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 13/07/2021, às 11:47, conforme art. 6º do Decreto n° 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 13/07/2021, às 18:15, conforme art. 6º do Decreto n° 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 **RAQUEL VAZ CARDOSO - Matr.1673346-0, Gerente da Estratégia Saúde da Família**, em 15/07/2021, às 13:45, conforme art. 6º do Decreto n° 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 15/07/2021, às 16:19, conforme art. 6º do Decreto n° 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 **LAUANDA AMORIM PINTO - Matr.1673572-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde-Substituto(a)**, em 20/07/2021, às 13:11, conforme art. 6º do Decreto n° 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 **ALICE PONTE LIMA - Matr.1687622-9, Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade**, em 30/07/2021, às 12:11, conforme art. 6º do Decreto n° 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_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=74689863&infra_sistem...



acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= 65508500 código CRC= 387910EE.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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

00060-00381560/2020-92

Doc. SEI/GDF 65508500