

**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 2/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 02 de março de 2021.

**Critérios a serem considerados para distribuição dos pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave nas unidades SES-DF durante a pandemia por COVID-19 (Atualização: Março/2021)****1. AGENTE ETIOLÓGICO:**

SARS-CoV-2 (Família Coronaviridae).

**2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO:**

Variável. A maior parte das pesquisas considera de **2-14 dias**, com média entre 4-5 dias do contágio.

**3. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE:**

Ainda não há consenso na literatura sobre o período de transmissibilidade, porém com as evidências disponíveis no momento é possível afirmar que o risco é maior no período pré-sintomático e no início da fase sintomática e que pacientes imunossuprimidos ou com evolução crítica tendem a apresentar maior período de transmissibilidade. O contágio pode ocorrer mesmo que o indivíduo não apresente sinais e sintomas da doença.

Pesquisas mais recentes indicam que após o 10º dia do início dos sintomas é improvável identificar vírus viáveis (com capacidade de replicação) no trato respiratório de pacientes com quadros leves a moderados. No entanto, ainda podem ser detectadas partículas não infectantes de material genético viral por metodologia RT-PCR por até 5 semanas, razão pela qual não é recomendado seu uso para determinar o término do período de isolamento.

Admite-se que o período de transmissibilidade para casos leves e moderados em indivíduos imunocompetentes seja de até 10 dias desde o início dos sintomas e de 20 dias em pacientes graves e críticos ou imunocomprometidos.

**4. PRECAUÇÕES:**

**4.1. GOTÍCULAS + CONTATO:** Assistência direta ao paciente em enfermaria de coorte ou leito de isolamento.

**4.2. CONTATO + AEROSSÓIS:** Durante procedimentos de intubação e aspiração de vias aéreas, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual, realização de exames endoscópicos e coletas de amostras nasotraqueais, bem como outras atividades que possam gerar aerossol. Em ambiente segregado destinado ao atendimento de pacientes graves com COVID-19 (UTI, box de emergência, sala vermelha), os profissionais assistentes devem estar completamente paramentados durante todo o plantão.

**5. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:**

**5.1. SÍNDROME GRIPAL (SG):** Indivíduo com febre (inclusive relatada) + sintomas respiratórios agudos (tosse, dispneia, rinorreia, dor de garganta, coriza, congestão nasal).

**5.2. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> < 94% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

**--> Observações:**

- A febre pode não estar presente.
- Outros sintomas não específicos podem estar presentes: anosmia, ageusia, astenia, cefaleia, fadiga, mialgia, sintomas gastrointestinais (como dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia).
- Em IDOSOS, deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Em CRIANÇAS, além dos itens anteriores, observar batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

**6. DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19:****6.1. POR CRITÉRIO LABORATORIAL**

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

**Biologia molecular (RT-PCR para 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.

**Imunológico (teste rápido-Imunocromatografia, quimioluminescência, eletroquimioluminescência ou ELISA) com resultado REAGENTE para anticorpos IgM e/ou IgG para o SARS-CoV-2.** Amostra coletada preferencialmente a partir do 10º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade a partir do 14º dia). Não se recomenda a realização deste exame em pessoas assintomáticas para tentar identificar uma possível imunidade ao SARS-CoV-2. Indivíduos vacinados contra a COVID-19 podem ter resultado positivo apenas pela vacinação.

**Pesquisa de Antígeno: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de antígeno.** Amostra coletada preferencialmente até o 7º dia de sintomas (melhor sensibilidade até 5º dia).

**6.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO**

Caso suspeito de SG ou SRAG com:

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

**6.3. POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM**

Caso suspeito de SG ou SRAG para o qual não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações em Tomografia Computadorizada (TC) do Tórax :

- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférica, bilateral, com ou sem consolidação ou espessamento dos septos intralobulares (“pavimentação em mosaico”),**

**OU**

- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”),**
- OU**
- **SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).**

**Observação:** Apenas encerrar por clínico-imagem para casos com exame laboratorial negativo, ou inconclusivo ou sem coleta.

#### 7. **DEFINIÇÃO DE CASO DESCARTADO DE COVID-19:**

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial **não detectável para SARS-COV-2 pelo método de RT-PCR**, considerando coleta com técnica adequada entre 3º e 7º dia do início dos sintomas OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico específico, excluindo-se a possibilidade de coinfeção.

- Na **persistência de suspeita clínica de COVID-19 em pacientes com SRAG**, poderá ser discutido com NCIH/Infectologia local a coleta de nova amostra para RT-PCR (no mínimo 24h após o anterior) e/ou realização de teste sorológico (este último, apenas após o 8º dia do início dos sintomas, preferencialmente após o 10º). Manter precauções específicas até elucidação ou conforme item 4.

- Nos pacientes em ventilação mecânica invasiva, optar por coletar preferencialmente amostra de trato respiratório inferior em sistema fechado de aspiração, por equipe treinada.

#### 8. **PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDADE:**

- Idade > 60 anos;
- Doenças Cardiovasculares
  - Insuficiência cardíaca
  - Doença arterial coronariana
  - Arritmias malignas ou arritmias em pacientes com doença cardíaca estrutural
  - Hipertensão arterial sistêmica
- Obesidade
- Diabetes mellitus
- Doenças pulmonares crônicas
- Asma moderada a grave
- Transtornos neurológicos que comprometam a função respiratória
- Neoplasias em atividade
- Imunodepressão (inclusive doença falciforme)
- Doença renal crônica
- Hepatopatia crônica
- Gravidez (possibilidade de complicações para o binômio mãe-feto) e puerpério
- População em situação de vulnerabilidade socioeconômica (população indígena, em situação de rua, privada de liberdade ou outros fatores que dificultem o autocuidado)
- Coinfeção com tuberculose (qualquer forma)
- Coinfeção com Influenza (especialmente H1N1)

- Coinfecção com Dengue.

## 9. CLASSIFICAÇÃO:

- **Leve:** Febre (inclusive relatada), síndrome gripal (tosse, fadiga, mialgia, cefaleia, rinorréia, dor de garganta), Sat. O<sub>2</sub> ≥ 94% em ar ambiente (a.a.), anorexia, perda de paladar e/ou olfato, tontura e sintomas gastrointestinais. Outros sintomas menos comuns: rash/lesões cutâneas. Febre pode não estar presente na admissão.
- **Moderada:** Sintomas sistêmicos e respiratórios acima, mais intensos. Pneumonia leve, clinicamente sugerida por: febre, tosse, dispneia, FR>23 irpm, presença de estertores crepitantes ou roncos.
- **Graves:** Taquidispneia (FR> 23 irpm), hipoxemia (Sat. O<sub>2</sub>< 94% em a.a.), sepse e comprometimento pulmonar > 25% em imagem de TC. Há necessidade de monitorização contínua, suporte de O<sub>2</sub> e reavaliação médica frequente. Na maioria das vezes, a hipóxia é maior que a percebida pelo paciente.
- **Críticos:** Síndrome respiratória aguda grave, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos. Necessidade de suporte de UTI. Embora mais frequente em idosos, pode ocorrer em qualquer faixa etária.

## 10. PERÍODO DE ISOLAMENTO:

**10.1 Pacientes leves e moderados com RT-PCR para SARS-CoV-2 detectável ou confirmação por critério clínico-imagem :** Considera-se o isolamento mínimo por 10 dias, desde que o paciente esteja afebril nas últimas 24h (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Caso a sintomatologia dure mais de 10 dias, manter isolamento enquanto durar a febre e o período sintomático respiratório, acrescido de 24h com melhora destes sintomas sem o uso de antitérmico.

**10.2 Pacientes leves e moderados com exames sorológico reagente (IgM e/ou IgG) - indivíduos não vacinados:** Considera-se o isolamento mínimo por 2 dias desde que o paciente esteja afebril nas últimas 24h (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Caso a sintomatologia dure mais de 02 dias, manter isolamento enquanto durar a febre e o período sintomático respiratório, acrescido de 24h com melhora destes sintomas sem o uso de antitérmico.

**10.3 Pacientes graves, críticos ou imunossuprimidos com confirmação laboratorial ou clínica-imagem:** o período mínimo de isolamento é de 20 dias após o início dos sintomas, desde que esteja afebril nas últimas 24h (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\*. Caso a sintomatologia dure mais de 20 dias, manter isolamento até que indivíduo esteja há 24h com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\* e afebril sem o uso de antitérmico.

**10.4 Pacientes assintomáticos com RT-PCR para SARS-CoV-2 detectável:** Considera-se 10 dias de isolamento a partir da realização de RT-PCR.

**10.5 Pacientes assintomáticos, não vacinados, com exame sorológico reagente (IgM e/ou IgG):** Considera-se mais 2 dias a partir da realização do exame.

## 11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO:

### 11.1. INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS AGUDOS:

- Pertencentes ao grupo com condições clínicas de risco com sintomas moderados, mesmo mantendo SatO<sub>2</sub> > 94% em a.a., para observação, suporte clínico e tratamento de possível descompensação de patologias de base.
- Pacientes com SatO<sub>2</sub> < 94% em a.a., taquidispneia (FR ≥ 23 ipm) ou sepse.

- Caso o paciente apresente quadro clínico moderado ou grave e não esteja em unidade Hospitalar, deve ser solicitada transferência para hospital de referência. A transferência não deve aguardar resultado de RT-PCR.

Após estabilização clínica, deve ser coletado RT-PCR para SARS-CoV-2 (caso início de sintomas entre 3 -7 dias) e realizar TC de tórax. Caso seja confirmada a COVID-19 por critérios laboratoriais ou de imagem, solicitar transferência para Hospital de referência e manter paciente preferencialmente em isolamento em coorte de confirmados para COVID-19.

A tomografia de tórax é uma importante ferramenta para indicar acometimento pulmonar e descartar outras hipóteses diagnósticas (vide item 6.3). Deve ser realizada nos pacientes sintomáticos respiratórios pertencentes aos grupos com fatores de risco e todos aqueles com necessidade de internação.

Todas as unidades de saúde devem adotar protocolos de rastreamento dos acompanhantes dos pacientes internados (autorizar apenas os garantidos por lei) quanto a presença de febre e sintomas respiratórios. Estes acompanhantes deverão ser substituídos caso possuam condições clínicas de risco e devidamente encaminhados para avaliação, caso sejam detectadas as referidas alterações.

#### **A. Caso paciente esteja em leitos de isolamento respiratório:**

- **Resultado do RT-PCR detectável e/ou imagem típica de COVID-19:** manter isolamento até **completar 10 dias** do início dos sintomas, desde que nas últimas 24h o paciente esteja **afebril (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas respiratórios e funcionalidade respiratória\***. Caso a sintomatologia **dure mais de 10 dias, manter isolamento** até o paciente **encontrar-se afebril (sem uso de antitérmico)** há pelo menos 24h **e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***. Caso tenha alta antes de 10 dias, orientar o isolamento domiciliar até completar 10 dias.
  - Solicitar isolamento em **Hospital de referência para COVID-19 em coorte de casos confirmados**.
    - A transferência para enfermarias sem isolamento respiratório ou enfermaria de especialidades (a depender das condições clínicas de base ou necessidade de outros tratamentos específicos), deve ser realizada apenas após o término do período de isolamento.
- **Resultado do RT-PCR não-detectável e imagem não típica de COVID-19:**
  - **Caso apresente diagnóstico de outra etiologia específica:** manter isolamento conforme indicação da mesma, excluindo-se a possibilidade de coinfeção.
  - **Persistência da suspeita diagnóstica de COVID-19:** Manter isolamento em Hospital Regional de origem, em coorte de suspeitos não-confirmados e realizar teste sorológico (a critério do NCIH/Infecologia) partir do 8º dia de aparecimento dos sintomas:
    - **Teste sorológico reagente:** confirma o caso e a necessidade de **isolamento até completar 10 dias do início dos sintomas**, desde que paciente esteja há **24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***. Se os sintomas persistirem por mais de 10 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre e com melhora dos sintomas respiratórios, **em enfermaria de coorte de casos confirmados no mesmo Hospital**.
    - **Teste sorológico não reagente:** é recomendado manter **isolamento até completar 10 dias do início dos sintomas**, desde que paciente esteja há **24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***. Se os sintomas persistirem por mais de 10 dias, o

isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios, **em enfermaria de coorte para casos suspeitos, segregado dos pacientes confirmados.**

- A transferência para enfermarias sem isolamento respiratório ou enfermaria de especialidades (a depender das condições clínicas de base ou necessidade de outros tratamentos específicos), deve ser realizada apenas após o término do período de isolamento.

## **B. Paciente internado inicialmente sem suspeita clínica de COVID-19, evoluindo com Síndrome gripal (SG) ou SRAG:**

- Solicitar RT-PCR para SARS-CoV-2 entre o 3º e 7º dia de início dos sintomas e painel viral para pacientes graves ou críticos;
- Direcionar paciente para enfermaria de sintomas respiratórios agudos (precaução de contato e gotículas). Em caso de SRAG, solicitar vaga de UCI ou UTI de coorte para COVID-19 conforme apresentação clínica (item 11.2).
- Isolar os pacientes internados que foram contactantes do paciente que evoluiu com SG ou SRAG em outra enfermaria (precaução de contato e gotículas), e observá-los por 14 dias (período de incubação da doença). Esses pacientes contactantes podem ser isolados em coorte.
  - Caso os contactantes apresentem sinais ou sintomas de síndrome gripal, notificar como caso suspeito de COVID-19, isolar dos demais pacientes e coletar RT-PCR para SARS-CoV-2 entre o 3º e o 7º dias de sintomas.
  - Caso os contactantes apresentem sinais ou sintomas de SRAG, notificar como caso suspeito de COVID-19, isolar dos demais pacientes e coletar RT-PCR para SARS-CoV-2 entre o 3º e o 7º dias de sintomas. Solicitar imediatamente vaga de UCI ou UTI de coorte para COVID-19, conforme apresentação clínica.
  - Caso os contactantes não apresentem sintomas, serão liberados do isolamento após 14 dias. Se receberem alta antes deste período, orientar a “quarentena” domiciliar até completar 14 dias do último contato com caso confirmado.
  - Caso o paciente índice seja posteriormente descartado para COVID-19 (critério clínico-laboratorial ou clínico-imagem), os pacientes contactantes podem ser retirados do isolamento.
- **Resultado do RT-PCR detectável para SARS-CoV-2 e/ou imagem típica de COVID-19: Transferência para Hospital de referência para COVID-19 - coorte de casos confirmados.**
  - **Manter isolamento até completar 10 dias do início dos sintomas**, desde que paciente esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Se os sintomas persistirem por mais de 10 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre e com melhora dos sintomas respiratórios. Caso tenha alta antes de 10 dias, orientar o isolamento domiciliar até completar 10 dias.
- **Resultado do RT-PCR NÃO-detectável para SARS-CoV-2 e/ou imagem não típica de COVID-19: Manter paciente em isolamento em enfermaria de coorte para suspeitos, segregado de pacientes confirmados.**
  - Caso apresente diagnóstico de outra etiologia: manter isolamento conforme indicação específica para tal enfermidade, se excluída a possibilidade de coinfeção.
  - **Persistência da suspeita diagnóstica: Manter paciente em enfermaria de coorte para casos suspeitos no próprio hospital regional, segregado de casos**

**confirmados.** Realizar **teste sorológico a critério do NCIH/Infectologia** a partir do 8o dia de aparecimento dos sintomas (preferencialmente a partir do décimo).

- **Teste sorológico positivo:** confirma o caso e a necessidade de **isolamento até completar 10 dias desde o início dos sintomas**, desde que paciente esteja há **24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***. Se os sintomas persistirem por mais de 10 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre e com melhora dos sintomas respiratórios, em enfermaria de **coorte de casos confirmados**.
- **Teste sorológico negativo:** Na ausência de outro diagnóstico, manter isolamento até completar 10 dias, desde que paciente esteja afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Se os sintomas persistirem por mais de 10 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios, em enfermaria de coorte para casos suspeitos, segregado dos pacientes confirmados.
- A transferência para enfermarias sem isolamento respiratório ou enfermaria de especialidades (a depender das condições clínicas de base ou necessidade de outros tratamentos específicos), deve ser realizada apenas após o término do período de isolamento.

Todos os pacientes que ficarem internados em unidade de sintomas respiratórios agudos, mas não forem diagnosticados com COVID-19 (seja por critério laboratorial ou clínico-imagem), ao retornar para a enfermaria convencional, devem permanecer 14 dias (período de incubação da COVID-19) em enfermaria segregada das demais. Este período de observação é necessário para minimizar o risco de surto intra-hospitalar de COVID-19. Outros pacientes contactantes de casos confirmados podem permanecer juntos nesta coorte. Se surgirem sintomas respiratórios durante este período, o paciente deve ser encaminhado novamente para enfermaria de sintomas respiratórios agudos para investigação.

## 11.2. INTERNAÇÃO EM UCI e UTI:

- Internação inicial em sala de emergência de coorte para COVID-19 para estabilização do paciente, oxigenioterapia e intubação, se necessário;
- Solicitar vaga em UCI ou UTI, conforme apresentação clínica, sinalizando suspeita de COVID-19.

### CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE SUPORTE DE UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (UCI)

(é necessário apresentar pelo menos 01 (um) dos parâmetros abaixo):

- **Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter nasal O<sub>2</sub> > 3,0 L/min) para manter o SpO<sub>2</sub> ≥ 94% ou FR ≤ 24 irpm;**
- **Pacientes que necessitam de suporte ventilatório não invasivo para manter SpO<sub>2</sub> ≥ 94% ou FR ≤ 24 irpm.**

### CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE SUPORTE INTENSIVO (UTI)

(é necessário apresentar pelo menos 01 (um) dos parâmetros abaixo)

- **Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva;**

- **Insuficiência respiratória aguda com necessidade de FiO<sub>2</sub> > 50% para manter o SpO<sub>2</sub> ≥ 94% ou FR ≤ 24 irpm em contexto de indisponibilidade de VNI;**
- **Falha de Ventilação Não-Invasiva (VNI);**
- **Pacientes dependentes de VNI - necessidade de uso de VNI por mais de 4h para manutenção de frequência respiratória < 24ipm e Sat.O<sub>2</sub> > 94%**
- **PaCO<sub>2</sub> ≥ 50 mmHg e pH ≤ 7,35;**
- **Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg) ou sinais de rebaixamento de nível de consciência, oligúria, lactato arterial ≥ 4 mMol/L), com ou sem utilização de vasopressor;**
- **Sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou lactato arterial ≥ 4 mMol/L;**
- **Choque séptico.**

As Unidades de Cuidados Intermediários são unidades destinadas a pacientes que necessitam de assistência continuada de complexidade baixa conforme Resolução CFM Nº 2.271/2020, com vistas ao provimento de suporte ventilatório não invasivo a pacientes com comprometimento respiratório leve.

Leitos com suporte ventilatório são destinados a pacientes que necessitam de assistência continuada em suporte ventilatório não invasivo e, de forma temporária, suporte ventilatório invasivo a paciente com comprometimento respiratório conforme NOTA TÉCNICA Nº 141/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA.

O encaminhamento de pacientes com critérios de admissão em UCI para leitos de UTI reduz a disponibilidade de leitos de UTI para pacientes com maior gravidade que requeiram suporte de maior complexidade.

- Solicitar TC de tórax, RT-PCR para SARS-CoV-2 (entre o 3º e 7º dia do início dos sintomas) e painel viral, além dos demais exames pertinentes.
- Manter paciente em sala ou box de emergência para pacientes com sintomas respiratórios agudos na unidade de saúde que ele está internado até transferência (precaução de contato e aerossóis).

O médico regulador deverá checar histórico de sintomas respiratórios, exames laboratoriais e de imagem que possam ser compatíveis com SG/SRAG para TODOS os pacientes com solicitação de UTI.

A transferência para leito de UTI de coorte para COVID-19 se dará pela indicação clínica dos pacientes com SRAG (sem etiologia definida ou se confirmada para COVID-19), não devendo aguardar resultado de confirmação laboratorial. No entanto, caso seja descartado COVID-19 (por critério clínico-laboratorial ou clínico-imagem) enquanto aguarda a vaga de UTI COVID-19, o paciente deverá ser redirecionado para UTI convencional.

### **A ausência de resultado de RT-PCR e de tomografia de tórax não deve retardar a transferência de casos de SRAG para a UTI COVID**

#### **A. Paciente proveniente de PS, UPA ou Atenção primária para UCI ou UTI de coorte de COVID-19:**

- **Resultado do RT-PCR detectável E/OU imagem compatível com COVID-19:** manter isolamento no mínimo por **20 dias, desde que afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\*** há mais de 24h. Se os sintomas persistirem por mais de 20 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h sem febre e melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Caso tenha alta da UTI antes de 20 dias, orientar isolamento na área de destino (seja para enfermaria de coorte de casos confirmados ou domicílio) mantendo os mesmos critérios de isolamento.



- **Resultado do RT-PCR negativo E imagem não compatível com COVID-19:** Se persistência da suspeita de COVID-19, manter isolamento, discutir caso com NCIH/Infectologia e avaliar necessidade de repetição dos exames diagnósticos. Caso seja viável coleta de material de via respiratória baixa, este deve ser preferível à amostra de nasofaringe por apresentar maior sensibilidade. Caso negativo, com persistência da suspeita diagnóstica, realizar teste sorológico a critério do NCIH/Infectologia a partir do 8o dia de aparecimento dos sintomas (preferencialmente após o décimo).
- **Teste sorológico reagente:** Confirma o caso. **Manter isolamento até completar 20 dias do início do quadro respiratório, desde que afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\* há mais de 24h.** Se os sintomas persistirem por mais de 20 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória.
  - **Caso paciente receba alta de UTI antes de 20 dias** desde o início dos sintomas, deverá ser encaminhado para **enfermaria de coorte de casos confirmados em Hospital de referência**. Caso receba **alta após 20 dias do início dos sintomas e esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória**, poderá ser direcionado para leito de **enfermaria convencional de Hospital Regional** mais próximo do seu domicílio ou enfermaria de especialidades (caso necessário).
  - Os critérios de alta da UTI deverão ser baseados nos parâmetros clínico-gasométricos independentemente da presença de próteses ventilatórias (traqueostomia).
- **Teste sorológico não reagente:** Na ausência de outro diagnóstico que justifique totalmente o quadro respiratório agudo, **manter isolamento na UTI COVID-19 até completar 20 dias do início dos sintomas, desde que esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\*.**
  - **Caso paciente receba alta de UTI antes de 20 dias** desde o início dos sintomas, deverá ser encaminhado para **enfermaria de coorte de suspeitos**. Caso receba alta após 20 dias desde início dos sintomas, afebril (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\*, poderá ser direcionado para leito de enfermaria convencional de Hospital Regional mais próximo do seu domicílio, ou enfermaria de especialidades (caso necessário).

#### **Observação:**

Todos os pacientes que ficarem internados em unidade de sintomas respiratórios agudos, mas não forem diagnosticados com COVID-19 (por critério laboratorial ou clínico-imagem), ao retornar para a enfermaria convencional, devem permanecer 14 dias (período de incubação da COVID-19) em enfermaria segregada das demais. Este período de observação é necessário para minimizar o risco de surto intra-hospitalar de COVID-19. Outros pacientes contactantes de casos confirmados podem permanecer juntos nesta coorte. Se surgirem sintomas respiratórios durante este período, o paciente deve ser encaminhado novamente para enfermaria de sintomas respiratórios agudos para investigação.

#### **B. Paciente internado em Unidades de Saúde inicialmente sem suspeita clínica de COVID-19, evoluindo com Síndrome Respiratória Aguda Grave e necessidade de UCI ou UTI:**

- Solicitar RT-PCR para SARS-CoV-2 e painel viral.
- Direcionar paciente para enfermaria de sintomas respiratórios agudos na unidade de saúde que está internado.

- Solicitar leito de UCI ou UTI Coorte conforme apresentação clínica (vide quadro: CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE SUPORTE DE UCI/ UTI)
- Isolar os pacientes contactantes do paciente que evoluiu com SRAG (precaução de contato e para gotículas) e observá-los por 14 dias na enfermaria. Esses pacientes contactantes podem ser isolados em coorte.
  - Caso algum dos contactantes apresente sinais ou sintomas de síndrome gripal, notificar como caso suspeito de COVID-19, direcioná-lo para enfermaria de sintomas respiratórios agudos e coletar RT-PCR para SARS-CoV-2 no terceiro dia de sintomas.
  - Caso algum dos contactantes apresente sinais ou sintomas de SRAG, notificar como caso suspeito de COVID-19, coletar RT-PCR para SARS-CoV-2 (no terceiro dia dos sintomas) e painel viral. Solicitar vaga em UCI ou UTI de coorte para COVID-19, conforme apresentação clínica.
  - Caso os contactantes não apresentem sintomas, liberar do isolamento após 14 dias. Se receberem alta, orientar o isolamento domiciliar até completar 14 dias do contato com o paciente confirmado ou suspeito.
  - Caso o paciente índice posteriormente seja descartado para COVID-19 (critério clínico-laboratorial ou clínico-imagem), os pacientes contactantes podem ser retirados do isolamento.
- **Resultado do RT-PCR detectável para SARS-CoV-2 E/OU imagem compatível com COVID-19 :** Manter isolamento no mínimo por **20 dias**, desde que há **24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***. Se os sintomas persistirem por mais de 20 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*. Caso tenha alta de UTI antes de 20 dias, orientar isolamento na área de destino (seja para enfermaria de coorte de casos confirmados ou domicílio), mantendo os mesmos critérios de isolamento.
- **Resultado do RT-PCR não detectável para SARS-CoV-2 E imagem não compatível com COVID-19 :** Se **persistência da suspeita de COVID-19, manter isolamento**, discutir caso com NCIH/Infectologia para avaliar necessidade de repetição do exame após 24h (no mínimo). Caso seja viável coleta de **material de via respiratória baixa**, este deve ser preferível à amostra de nasofaringe por apresentar maior sensibilidade. Caso negativo, com persistência da suspeita diagnóstica, realizar teste sorológico **a critério do NCIH/Infectologia** a partir do 8o dia de aparecimento dos sintomas (preferencialmente após o décimo).
  - **Teste sorológico reagente:** Confirma o caso. Manter isolamento até completar **20 dias do início do quadro respiratório, desde que afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\* há mais de 24h**. Se os sintomas persistirem por mais de 20 dias, o isolamento deve ser mantido até que o paciente esteja há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*
    - Caso paciente receba **alta de UTI antes de 20 dias desde o início dos sintomas**, deverá ser encaminhado para **enfermaria de coorte de casos confirmados em Hospital de referência**. Caso receba **alta após 20 dias** do início dos sintomas e esteja **há 24h afebril (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória**, poderá ser direcionado para leito de **enfermaria convencional** de Hospital Regional mais próximo do seu domicílio ou enfermaria de especialidades (caso necessário).
    - Os critérios de alta da UTI deverão ser baseados nos parâmetros clínico-gasométricos independente da presença de próteses ventilatórias (traqueostomia).

- **Teste sorológico não reagente:** Na ausência de outro diagnóstico que justifique totalmente o quadro respiratório agudo, **manter isolamento na UTI COVID-19 até completar 20 dias do início dos sintomas, desde que esteja há 24h afebril (sem uso antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***.
  - Caso paciente receba alta de UTI **antes de 20 dias desde o início dos sintomas**, deverá ser encaminhado para **enfermaria de sintomas respiratórios agudos em Hospital de Referência**. Caso receba alta **após 20 dias desde início dos sintomas**, desde que há **24h afebril (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\***, poderá ser direcionado para leito de **enfermaria convencional** de Hospital Regional mais próximo do seu domicílio, ou enfermaria de especialidades (caso necessário).

### C. Paciente internado em UTI não-COVID que evolua com suspeita de SRAG:

- Solicitar RT-PCR para SARS-CoV-2 no terceiro dia de sintomas e painel viral.
- Solicitar leito de UTI Coorte para COVID-19 para regulação.
- Se possível, direcionar paciente para quarto privativo na UTI em que está internado.
- Utilizar sempre sistema de aspiração fechado.
- Monitorar pacientes contactantes do caso que evoluiu com SRAG (precaução de contato e para aerossóis) e observá-los por 14 dias (período de incubação da doença). Esses pacientes contactantes podem ser isolados em coorte.
  - Caso algum dos contactantes apresentem sinais ou sintomas de SRAG, notificar como caso suspeito de COVID-19, coletar RT-PCR para SARS-CoV-2 no terceiro dia de sintomas e painel viral. Solicitar vaga em UTI de coorte para COVID-19.
  - Caso os contactantes não apresentem sintomas, liberar da observação após 14 dias. Se receberem alta, orientar o isolamento na área de destino ou domiciliar até completar 14 dias do último contato com o paciente confirmado ou suspeito.
  - Caso seja descartada COVID-19 em paciente índice, retirar os contactantes da observação
  - Seguir demais orientações do item B (Paciente internado em Unidades de Saúde inicialmente sem suspeita clínica de COVID-19, evoluindo com Síndrome Respiratória Aguda Grave e necessidade de UTI)

### D. Pacientes que necessitem de internação em UTI especializada (Trauma, Neurocirurgia, Coronariana, Materna, Cirúrgica)

Pacientes com necessidade de suporte intensivo em UTI especializada e que não haja possibilidade de obter história clínica e não apresentem sinais ou sintomas respiratórios.

- **Recomendado** coleta de RT-PCR para SARS-CoV-2 no hospital/unidade de origem, mas o **direcionamento para leitos de terapia intensiva especializada não deve ser retardado**;
- Caso paciente apresente resultado de de RT-PCR para SARS-CoV-2 detectável, conduzir como item C.

### E. Pacientes internados que evoluam com Insuficiência Respiratória com etiologia definida, não infecciosa:

Estabilização clínica, manejo pertinente para o caso e solicitar vaga em UTI não-COVID ou específica para o quadro clínico em questão.

## 12. CRITÉRIOS DE ALTA

### 12.1. UTI e UCI

Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em unidades de cuidados intermediários (UCI) ou leitos com suporte ventilatório. O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos. Deverão ser baseados nos parâmetros clínico-gasométricos independentemente da presença de próteses ventilatórias (traqueostomia).

#### A. São critérios de alta da UTI:

- Resolução da condição ou da instabilidade fisiológica que motivou a internação, como:
  - Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza;
  - Estabilidade respiratória com independência de ventilação mecânica invasiva, com presença ou não de prótese ventilatória (traqueostomia), sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação.
- Quando não houver a necessidade de monitorização e cuidados intensivos;
- Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;
- Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.
- Pacientes com redução no perfil de complexidade podem ser transferidos para UCI;

Caso paciente receba alta de UTI antes do período de 20 dias do início dos sintomas, deverá ser encaminhado para UCI ou enfermaria de coorte correspondente. Caso receba alta após 20 dias do início dos sintomas, estando afebril (sem antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\* nas últimas 24h, poderá ser direcionado para leito de enfermaria de Hospital Regional, ou enfermaria de especialidades (caso necessário).

**Não há necessidade de realização de novo RT-PCR para SARS-CoV-2 para alta do paciente do ambiente de UTI e direcionamento para outras unidades.**

**Resultados de RT-PCR podem ser detectáveis até 3 meses após o quadro agudo, não significando replicação viral.**

**Prevalecem as orientações quanto ao tempo de isolamento por tempo, ausência de febre e melhora de sintomas e funcionalidade respiratória\*\*.**

#### B. São critérios de alta de UCI:

- Paciente sem necessidade de VNI por mais de 24h;
- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza;
- Melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*\*.

### 12.2. HOSPITALAR E UPA

Melhora clínica importante caracterizada por:

- Ausência de febre por > 48h;
- Melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*;
- Melhora dos exames laboratoriais e de imagem (não é necessária normalização);
- Estabilidade hemodinâmica;
- **Não há necessidade de realização de RT-PCR para SARS-CoV-2 para alta (resultados de RT-PCR podem ser detectáveis até 3 meses após o quadro agudo, não significando replicação viral).**

### 12.3. AMBULATORIAL

Pacientes com mais de 10 dias de início dos sintomas, desde que há mais de 24h afebril (sem antitérmicos) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória\*.

• **Não há necessidade de realização de RT-PCR para SARS-CoV-2 para alta (resultados de RT-PCR podem ser detectáveis até 3 meses após o quadro agudo, não significando replicação viral).**

#### **\*Parâmetros de melhora de sintomas e funcionalidade respiratória em pacientes leves e moderados**

- **Sintomas respiratórios iniciais em regressão (não é necessário remissão completa da tosse, ageusia e anosmia);**
- **Ausência de sinais de esforço respiratório (uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem esternal, supraclavicular, intercostal ou ventilação paradoxal);**
- **FR  $\leq$  23 ipm**

#### **\*\*Parâmetros de melhora de sintomas e funcionalidade respiratória em pacientes graves e críticos**

- **Sintomas respiratórios iniciais em regressão (ausência de dispnéia, cianose, respiração rápida e superficial, cansaço, sonolência, fraqueza);**
- **ausência de sinais de esforço respiratório (uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem esternal, supraclavicular, intercostal ou ventilação paradoxal);**
- **FR  $\leq$  23 ipm;**
- **Pelo menos 48h sem necessidade de VM/VNI;**
- **PaO<sub>2</sub> > 60mmHg ou SaO<sub>2</sub> > 90% em uso de O<sub>2</sub> em catéter nasal com fluxo  $\leq$  3l/min;**

**OBS: Individualizar critérios em pacientes pneumopatas crônicos e pacientes com sequela pulmonar pela COVID-19.**

**Estamos em um momento de contínua construção do conhecimento a respeito da COVID-19, portanto é possível que alterações neste documento sejam necessárias em breve.**

**Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à internação dos pacientes, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Câmara Técnica de Diretrizes COVID-19/Câmara Técnica de Infectologia/ Referência Técnica Distrital (RTD) de Infectologia da SES/DF.**

**Demais orientações terapêuticas serão encaminhadas através de documento adicional, já em construção com diversas especialidades.**

**Brasília, 03 de março de 2021.**

**Elaboradores:**

**LÍVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA (CT Infectologia/ CAT- COVID-19)**

**CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA (CT Infectologia/ CAT- COVID-19)**

**CLÁUDIA NETO GONÇALVES NEVES DA SILVA (CT Infectologia)**

**EVELINE FERNANDES NASCIMENTO VALE (CT Infectologia)**

**JOSÉ DAVID URBAEZ BRITO (CT Infectologia)**

**FLÁVIA OLIVEIRA COSTA (CT Infectologia)**

**Revisores:**

**MILENA ZAMIAN DANILOW (CAT-COVID-19)**

**CLAYTON MARCELO PRADO DE CAMPOS (CAT-COVID-19)**

**MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS (CAT-COVID-19)**

**LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE (CAT-COVID-19)**

**MARJAN MARIA DE MEDEIROS RAULINO (CAT-COVID-19)**

**ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS (CAT-COVID-19)**

**MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA (CAT-COVID-19)**

**CAMILA MONTEIRO DAMASCENO (CAT-COVID-19)**

**JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS (CAT-COVID-19)**

**SAMARA FURTADO CARNEIRO (CAT-COVID-19)**

**SILVIA BRAGA DE MELO (CAT-COVID-19)**

**ROSANA COSTA OLIVEIRA (CAT-COVID-19)**

**ARILENE DE SOUSA LUÍS (CATES)**



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS - Matr.0154929-4, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 17:48, 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 03/03/2021, às 17:50, 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 **SAMARA FURTADO CARNEIRO - Matr.0196789-4, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 17:50, 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 **CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 17:54, 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 **SILVIA BRAGA DE MELO - Matr.1688971-1, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 17:54, 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 **ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS - Matr.1676605-9, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 17:56, 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, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 20:42, 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 **ROSANA COSTA OLIVEIRA - Matr.0142690-7, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 21:24, 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 **MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA - Matr.1688489-2, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 21:36, 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.0153731-8, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 21:36, 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 **ANA AMELIA MENESES FIALHO MOREIRA - Matr.0132955-3, Membro da Câmara Técnica**, em 03/03/2021, às 21:56, 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 04/03/2021, às 09:16, 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 **EVELINE FERNANDES NASCIMENTO VALE - Matr.1440386-2, Membro da Câmara Técnica**, em 04/03/2021, às 09:23, 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 **FLAVIA OLIVEIRA COSTA - Matr.0186056-9, Médico Infectologista**, em 04/03/2021, às 11:00, 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 **CLAUDIA NETO GONCALVES NEVES DA SILVA - Matr.1680354-X, Membro da Câmara Técnica**, em 04/03/2021, às 12:35, 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 04/03/2021, às 18:38, 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, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 04/03/2021, às 20:18, 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 **ALEXANDRE GARCIA BARBOSA - Matr.0139106-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 05/03/2021, às 00:37, 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 **PETRUS LEONARDO BARRON SANCHEZ - Matr.1688927-4, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 05/03/2021, às 08:26, 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.



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=57049669](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=57049669) código CRC= **FODAAF14**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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



---

00060-00101750/2021-17

Doc. SEI/GDF 57049669