



COMBATE AO CORONAVÍRUS • COVID-19

EM BELO HORIZONTE

 pbh.gov.br/saude

MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE NA CRIANÇA COM ÊNFASE NA COVID-19

PROTOCOLO COLABORATIVO

MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE NA CRIANÇA COM ÊNFASE NA COVID-19

PROTOCOLO COLABORATIVO



O protocolo MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL NA CRIANÇA é um dos protocolos colaborativos e integrativos do SUS-BH. Seu desenvolvimento foi coordenado pelo Dr. Marcos Evangelista de Abreu, pediatra do Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

Organização

Susana Maria Moreira Rates

Elaboração

Ana Lucia Diniz

Hoberdan Oliveira Pereira

Marcos Evangelista de Abreu

Paulo Roberto Lopes Corrêa

Raphaella Pazzolini Rodrigues Reis

Renata de Almeida Silva

Este Protocolo foi validado pela Comissão dos Protocolos Colaborativos do Sistema Único de Saúde do SUS-BH:

Adriana Cristina Camargos

Alex Sander Sena Peres

Alexandre Moura Sampaio

Alexandre Sérgio da Costa Braga

Ana Emília de Oliveira Ahouagi

André Luiz de Menezes

Cristian Eduardo Condack

Danilo Borges Matias

Fabiane Scalabrini Pinto

Fabiano Gonçalves Guimarães

Fernando Libânio Coutinho

Flávia Alves Campos

Geralda Magela Costa Calazans

Isabela Vaz Leite Pinto

Janete dos Reis Coimbra

Marcos Evangelista de Abreu

Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva

Raquel Felisardo Rosa

Rejane Ferreira Reis

Roseli da Costa Oliveira

Sônia Gesteira e Matos

Susana Maria Moreira Rates

Talitha Michel Candiani

Valéria Santos Pinheiro

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

Lista de abreviaturas e siglas

ATB	Antibioticoterapia
BVM	Bolsa Valva Máscara
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CN	Cateter Nasal
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
NHS	National Health Service
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SIM-P	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
VPP	Ventilação Pulmonar Assistida



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVOS	8
4 CONCEITO, TRANSMISSIBILIDADE E TEMPO DE INCUBAÇÃO	8
4.1 CONCEITO	8
4.2 TRANSMISSÃO	8
4.3 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS	9
5 ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E OUTROS EXAMES	9
5.1 ETIOLOGIA	9
5.2 DIAGNÓSTICO	9
5.3 OUTROS EXAMES PARA ACOMPANHAMENTO DOS CASOS	10
6 RECOMENDAÇÕES E TRATAMENTO	12
6.1 OXIGENOTERAPIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO	14
6.2 HIDRATAÇÃO ADEQUADA E SINTOMÁTICOS	14
6.3 CORTICOTERAPIA	15
6.4 ANTIBIOTICOTERAPIA PARA CASOS SUSPEITOS DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE OU SEPSE	15
6.5 APOIO E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO	16
6.6 MEDIDAS GERAIS DURANTE A INTERNAÇÃO	16
6.7 VACINAÇÃO	17

7 PROGNÓSTICO	17
----------------------------	----

8 ISOLAMENTO DOMICILIAR	18
--------------------------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
---------------------------------	----

ANEXOS

ANEXO 1 FLUXOGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	25
--	----

ANEXO 2 QUADRO DE DOSES DO OSELTAMIVIR.....	26
---	----

ANEXO 3 MODELO DE ATESTADO MÉDICO	27
---	----

ANEXO 4 RECOMENDAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE ISOLAMENTO DOMICILIAR DEVIDO À SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)	28
--	----

ANEXO 5 RECOMENDAÇÕES USO DEXAMETASONA OU OUTROS CORTICOIDES	30
--	----

ANEXO 6 RECOMENDAÇÕES DE INSTITUIÇÕES NACIONAIS/ INTERNACIONAIS DE SAÚDE E DE SOCIEDADES MÉDICAS (5/6/2020).....	31
---	----



APRESENTAÇÃO

Os Protocolos Colaborativos (PC) do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) têm por objetivo a construção de diretrizes integradas e baseadas em evidências científicas por meio de parcerias e do encontro de diferentes saberes.

Para tanto, foi constituída uma Comissão dos Protocolos Colaborativos do SUS-BH que conta com representação de todos os pontos da Rede de Atenção (**Atenção Primária, Rede Complementar, Assistência Farmacêutica, Centrais de Regulação e da Rede de Urgências incluindo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Hospital Municipal Odilon Behrens - HMOB, Hospital Risoleta Tolentino Neves- HRTN, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC-UFMG e Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro - HMDCC**). A primeira tarefa da Comissão foi definir temas prioritários a serem desenvolvidos e acordar a metodologia para seu desenvolvimento. Adotou-se a metodologia dos protocolos colaborativos que compreende três dinâmicas.

Na primeira fase, um grupo de profissionais desenvolve o protocolo de determinado tema, organizando-o em recomendações mediante evidências científicas, tópicos ou algoritmos para facilitar a leitura.

Na segunda fase, o grupo apresenta a proposta de Protocolo à Comissão que aprecia, discute e propõe adaptações ou ajustes, se necessário. Nesse fórum, pactuam-se recomendações a serem implementadas.

Na terceira etapa, as instituições adaptam o protocolo para a realidade e especificidades locais, respeitando as diretrizes e recomendações estabelecidas. As estratégias para divulgação são delineadas e postas em ação para alimentar ciclos de melhoria do aprendizado.

Desejamos a todos boa leitura e que possamos, por meio da implementação progressiva destes protocolos, ofertar atenção cada vez mais qualificada e eficiente a todos os usuários do SUS-BH.

Jackson Machado Pinto

Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Taciana Malheiros Lima Carvalho

Secretária Adjunta e Subsecretária de Atenção à Saúde

Renata Mascarenhas Bernardes

Diretora de Assistência à Saúde

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, foram identificados casos de pneumonia grave, de origem ainda desconhecida, na cidade de Wuhan, na China.

A seguir, constatou-se que o agente etiológico era um vírus da família dos betacoronavírus, denominado posteriormente de SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). A doença causada por ele foi denominada COVID-19 (Coronavirus Disease 2019).

Este vírus apresenta duas características peculiares: alto poder de transmissibilidade e o fato de que, em grupos de risco, a incidência de pneumonia grave, com necessidade de ventilação mecânica (e conseqüentemente mortalidade) é extremamente alta.

Em 20/3/2020, o Ministério da Saúde declarou área de transmissão comunitária de SARS-CoV-2 em todo o Brasil. A estratégia para identificação da circulação viral tem sido realizada por meio da vigilância da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Abordaremos neste protocolo as definições e as condutas atuais para condução desses casos em crianças nas Unidades pertencentes ao SUS-BH. As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, por organismos internacionais ou em decorrência de avanços científicos. Sempre que necessário, as orientações serão atualizadas neste documento.

2 JUSTIFICATIVA

A Síndrome Gripal (SG) sazonal apresenta transmissibilidade elevada e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias, podendo também causar pandemias. Estima-se que, anualmente, 20% a 30% das crianças sejam infectadas em cada ciclo epidêmico. A maioria dos casos resulta em doença leve. Em geral, casos graves, complicações, hospitalizações e óbitos decorrentes da infecção se dão em indivíduos pertencentes aos grupos de risco como crianças nos primeiros anos de vida e portadores de doenças crônicas ou imunocomprometidos.

A COVID-19 também pode evoluir para um quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), mas, diferentemente das síndromes gripais anteriores, não acomete comumente as crianças, conforme tem sido observado até o momento.

A maioria dos fluxogramas e diretrizes publicados até o início de abril de 2020 sugeria a condução dos casos de COVID-19 da mesma forma como as demais Síndromes Gripais (SG). Porém, uma diretriz publicada pelo Ministério da Saúde em 6 de abril trouxe nova recomendação e tornou-se uma das referências principais deste protocolo.

3 OBJETIVOS

Este protocolo tem o objetivo de apresentar proposta de fluxos e diretrizes técnico-assistenciais para subsidiar profissionais de saúde no manejo e controle da Síndrome Gripal e da COVID-19 em crianças.

Cada Unidade de Saúde deverá adaptá-lo, considerando suas especificidades e estrutura física. Ressaltamos a importância, dentro das possibilidades locais, de se definir espaços físicos específicos para o atendimento dos pacientes suspeitos de COVID-19.

4 CONCEITO, TRANSMISSIBILIDADE E TEMPO DE INCUBAÇÃO

4.1 CONCEITO

- **Síndrome gripal (SG)** - Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças, além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- **Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)** - Indivíduo com SG que apresente dispnéia/desconforto respiratório, pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou cianose labial ou de face. Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
- **COVID-19 suspeito** - Toda criança que apresente - no momento epidemiológico atual - sintomas respiratórios, mesmo na ausência de febre, independente da gravidade.

4.2 TRANSMISSÃO

De acordo com as evidências atuais, a transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou pelo contato com objetos e superfícies contaminados. A transmissão por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa permanece em contato (a menos de 1 metro de distância) com uma pessoa infectada quando ela tosse, espirra ou mantém contato direto como, por exemplo, aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, no nariz ou na boca. Alguns procedimentos médicos em vias aéreas podem produzir gotículas muito pequenas (aerossóis) que são capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são realizados em pessoas com COVID-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter vírus, que podem ser inalados

por indivíduos que não estejam utilizando equipamentos de proteção apropriados.

O período de incubação é estimado entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias. Alguns pacientes podem transmitir a doença antes do início dos sintomas, geralmente 1 a 3 dias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos assintomáticos têm muito menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas.

4.3 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA: A doença causada pelo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Assim, todo caso é de notificação compulsória IMEDIATA, devendo ser comunicado por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos. Os casos de SG devem ser notificados no sistema (notifica.saude.gov.br). Já os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG, independente de hospitalização, deverão ser notificados na ficha própria de SRAG, disponível em prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/ficha-srag-hospitalizado-27-07-2020.pdf.

5 ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E OUTROS EXAMES

5.1 ETIOLOGIA

O vírus causador da doença COVID-19, denominado de SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), é um vírus da família dos betacoronavírus.

Outros vírus respiratórios causam sintomas muito semelhantes à infecção causada pelo coronavírus sendo impossível, do ponto de vista clínico, a definição etiológica.

5.2 DIAGNÓSTICO

Na pandemia, considera-se caso confirmado de COVID-19:

- **Por critério clínico:** caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) ou ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.
- **Por critério clínico-epidemiológico:** caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.
- **Por critério clínico-imagem:** caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que, mesmo não tendo sido possível confirmar por critério laboratorial, apresente alterações tomográficas sugestivas.

• **Por critério laboratorial em crianças com SG ou SRAG:**

- Biologia molecular: resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR de amostra de secreção nasofaríngea ou traqueal, quando pacientes intubados.
- Imunológico: resultado reagente para IGM, IGA ou IGG.
- Pesquisa de antígeno: resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

• **Por critério laboratorial em criança assintomática:**

- Biologia molecular: resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- Pesquisa de antígeno: resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

A sensibilidade varia com o tempo dos testes em relação à exposição. Um estudo de modelagem estimou a sensibilidade do RT-PCR em 33% quatro dias após a exposição, 62% no dia do início dos sintomas e 80% 3 dias após o início dos sintomas. Testes falso-negativos podem ocorrer pela inadequada técnica de coleta de amostras, pela amostra insuficiente ou pelo tempo de exposição e coleta. Amostras respiratórias inferiores, como lavado de líquido bronco alveolar, são mais sensíveis que as amostras das vias respiratórias superiores. Por isso, recomenda-se na fase aguda, até o sétimo dia de sintomas (ideal coleta entre 3 a 5 dias), a coleta de amostras de secreção nasofaríngea (traqueal em pacientes intubados) para realização do RT-PCR. Após o sétimo dia, se ainda houver sintomas persistentes e se o RT-PCR não tiver sido realizado, é necessário avaliar a coleta de sangue para sorologia. Os exames sorológicos estão disponibilizados no SUS-BH para situações de surto, para grupos de riscos com sintomas persistentes de SG há mais de sete dias, para inquéritos epidemiológicos ou situações específicas de acordo com a avaliação do CIEVS-BH.

5.3 OUTROS EXAMES PARA ACOMPANHAMENTO DOS CASOS

Exames de sangue

O hemograma do paciente com COVID-19 é inespecífico, sendo a leucopenia um achado comum, com linfopenia relatada em 98% dos pacientes no início da doença. A trombocitopenia é encontrada principalmente na presença de coagulação intravascular disseminada. Outros achados são:

Testes de função hepática (incluindo bilirrubina total e frações)	Leve elevação de aspartato transaminase (AST) e alanina amino transferase (ALT)
Lactato desidrogenase	Elevado
Creatina quinase	Elevada
Coagulograma	Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) prolongado e dímeros D elevados
Alterações enzimáticas musculares (CPK)	Elevadas
Troponina, Ferritina	Elevadas
Albumina	Reduzida
Marcadores inflamatórios (procalcitonina sérica e proteína C reativa)	Elevados

Adaptado de Henry BM, Benoit SW, de Oliveira MHS, *et al.* Laboratory abnormalities in children with mild and severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis and review. Clin Biochem. 2020 Jul;81:1-8

Hemoculturas e culturas de secreção

- Em pacientes com sinais de infecção grave, poderão ser realizadas hemocultura e cultura de aspirado traqueal.

Radiografia de tórax

- Cerca de 20% a 25% dos casos possuem uma radiografia torácica normal na apresentação.
- Se alterada, pode evidenciar infiltrados unilaterais ou bilaterais nas periferias das zonas inferiores. Os infiltrados se manifestam como consolidação irregular, confluenta ou difusa ou sombreamento nodular.
- Pneumomediastino e pneumotórax geralmente ocorrem em adultos.

Tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR)

- Deve ser realizada nos pacientes adultos com radiografia torácica normal na apresentação e uma alta suspeita de SARS-CoV-2 para a detecção de opacidades pulmonares. Em criança a indicação deve ser individualizada e reservada para casos graves.
- Achados em adultos demonstram opacidades em vidro fosco com espessamento interlobular septal e, em alguns casos, condensação subpleural. A consolidação com sinais de halo circundantes é um achado típico em crianças.
- Uma TC torácica normal não significa que um paciente não tenha COVID-19 e uma TC torácica anormal não é específica para o diagnóstico de COVID-19. Anormalidades na imagem da TC podem estar presentes em pacientes assintomáticos ou minimamente sintomáticos.

- A maior gravidade dos achados da TC geralmente é visível por volta do dia 10 após o início dos sintomas. Os sinais no exame de imagem associados à melhora clínica geralmente ocorrem após a semana 2 da doença.

Ultrassonografia do pulmão

- Pode ser útil no diagnóstico da COVID-19, pois possui alta sensibilidade para detectar espessamento pleural, consolidação subpleural e opacidade em vidro fosco. Padrões sugestivos da doença à ultrassonografia incluem linhas B, pulmão branco, espessamento de linha pleural e consolidação com broncograma aéreo.

6 RECOMENDAÇÕES E TRATAMENTO

Os dados pediátricos publicados até o momento demonstram uma proporção menor de casos graves, quando comparados com pacientes adultos. Dois grandes estudos da China e dos Estados Unidos têm os melhores dados pediátricos até o momento. Nos Estados Unidos, os pacientes pediátricos representaram somente 1,7% do total de casos em crianças e adolescentes até 18 anos. Desse total, apenas 20% necessitaram de hospitalização, 2% necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e três morreram. Ambos os estudos observaram que pacientes com menos de um ano de idade apresentavam maior risco de hospitalização e quase 25% dos pacientes apresentavam uma condição clínica subjacente.

Recentemente foram relatados casos de crianças que desenvolveram uma intensa resposta inflamatória sistêmica, com características semelhantes à Doença de Kawasaki, síndrome do choque tóxico e síndrome de ativação macrofágica, requerendo cuidados intensivos. Os relatos iniciais vieram da Itália, onde houve um aumento de 30 vezes na incidência de pacientes com sintomas de Doença de Kawasaki entre 18 de fevereiro e 20 de abril de 2020 (10/mês), comparado com os últimos 5 anos. Esta condição atualmente recebe o nome de **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)** e, além da Itália, foi descrita no Reino Unido e Estados Unidos. Os sintomas incluem febre por mais de 5 dias, exantema, linfonomegalia cervical, edema e dor nas extremidades, vasculite e a possibilidade de ocorrer aneurisma nas artérias coronárias (como na Doença de Kawasaki), dor abdominal e diarreia. O quadro pode evoluir para choque refratário. Cabe ressaltar que nem todos os pacientes que desenvolveram SIM-P testaram positivo para o SARS-CoV-2. No entanto, como a SIM-P vem ocorrendo concomitantemente à pandemia, parece razoável sugerir que ela possa estar potencialmente associada ao SARS-CoV-2. Até o momento, o Ministério da Saúde foi informado da ocorrência da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) em 29 crianças no Ceará, 22 no Rio de Janeiro, além de 6 casos em Minas Gerais. Três mortes foram atribuídas a esta doença no Brasil. Desta forma, ressaltam-se alguns sinais de alerta para o reconhecimento da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica possivelmente associada à COVID-19:

1. Criança ou adolescente que apresente febre persistente, provas elevadas de atividade inflamatória (PCR, procalcitonina e neutrofilia), linfopenia e evidência de disfunção

- (choque, comprometimento cardíaco, respiratório, renal, gastrointestinal ou neurológico). Podem ser incluídas tanto as crianças como os adolescentes que preenchem total ou parcialmente os critérios para doença de Kawasaki.
2. Exclusão de qualquer outra causa infecciosa, incluindo sepse bacteriana, síndrome do choque tóxico estafilocócico ou estreptocócico, além das infecções associadas com miocardite, como, por exemplo, aquelas causadas pelo enterovírus. A espera pelos resultados destas investigações não deve retardar o parecer de especialistas.
 3. Presença de infecção atual ou recente por SARS-CoV-2 por meio de detecção do RNA viral por RT-PCR, ou sorologia positiva, ou exposição à COVID-19 nas últimas quatro semanas antes do início dos sintomas.

Para tratamento da SIM-P considere:

- Infusão de imunoglobulina endovenosa (IGEV) e ácido acetilsalicílico, nos casos que preenchem critérios para síndrome de Kawasaki ou se a criança apresentar disfunção miocárdica comprovada (miocardite, valvulite, pericardite, alterações de coronárias).
- Discutir tratamento precocemente com equipe de pediatria/referências técnicas/imunologia/reumatologia/infectologia.
- Implementar tratamento de suporte para todos os casos.
- Avaliar a transferência para unidades de terapia intensiva em caso de agravamento do quadro.
- Terapias antivirais e imunomoduladoras devem ser consideradas no âmbito de protocolos clínicos (COVID e outros). Deve-se também ampliar a discussão com comitês de ética locais, especialistas e referências técnicas.

Para o tratamento da SG considere:

O tratamento da infecção pelo vírus influenza para os pacientes com acometimento de vias aéreas inferiores e com alto risco para COVID-19 é recomendado na diretriz do Ministério da Saúde e será descrito a seguir:

Recomendamos que no atendimento inicial, as crianças sejam estratificadas de acordo com sintomas respiratórios relacionados ao trato respiratório superior ou inferior e ainda quanto à presença de fatores de risco para a COVID-19.

Estratificar todo paciente no primeiro atendimento de acordo com (Anexo 1):

1) Sintomas Respiratórios

- a) Trato respiratório superior:
 - I- Tosse, coriza, dor de garganta ou febre.
 - II- Ausência dos critérios atribuídos ao trato respiratório.
- b) Trato respiratório inferior:
 - I- SatO₂ < 92% e/ou FR acima do esperado para idade (ver Fluxograma 1).

2) Fatores de risco para complicações clínicas

- I) Presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer).
- II) Uso de corticoide ou imunossupressores.
 - A) Baixo risco: ausência dos fatores acima.
 - B) Alto risco: presença de um ou mais dos fatores de risco acima.

MEDIDAS A SEREM INSTITUÍDAS

6.1 OXIGENOTERAPIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO

Dar preferência para:

- Cateter nasal e máscara não reinalante (se possível colocar uma máscara cirúrgica sobre o dispositivo).
- VNI se estritamente necessário; se indicado, preferir VNI em ventilador com circuito fechado. Usar paramentação máxima com os EPIs definidos, conforme orientação da CCIH e Notas Técnicas vigentes.
- Evitar VPP com Bolsa Valva Máscara (BVM); se necessário, deve ser feita por 2 pessoas para que a vedação seja mais completa (com 2 mãos) e usar filtro HEPA (entre máscara e BVM).
- Intubação traqueal. Sugere-se, se possível, no máximo cinco pessoas na sala durante o procedimento: 2 da equipe médica, 2 da equipe de enfermagem, e 1 fisioterapeuta.

Material:

- O preparo prévio é crucial; dar preferência para tubos com cuff (minimiza produção de aerossol).
- BVM com filtro HEPA.
- Deve-se garantir a adequada paralisia muscular (reduzindo a chance de tosse) através da sequência rápida de intubação (SRI). A SRI deve ser pautada na experiência do profissional e do serviço.
- Cuidados pós-intubação: evitar desconexão do circuito; clampear o tubo traqueal quando a desconexão do circuito for necessária (exemplo: transferência para ventilador de transporte); aspiração em circuito fechado.

6.2 HIDRATAÇÃO ADEQUADA E SINTOMÁTICOS

Reposição do déficit de fluidos causado pela diarreia ou febre, correção de distúrbios eletrolíticos, antipiréticos e analgésicos para controlar a febre e a dor (com exceção do ácido acetilsalicílico pelo risco de eventos adversos, em especial da Síndrome de Reye), hidratação de manutenção e repouso.

6.3 CORTICOTERAPIA

Diversas terapias medicamentosas contra a COVID-19 vêm sendo avaliadas no decorrer da pandemia, porém nenhuma delas havia apresentado eficácia cientificamente comprovada. Pela primeira vez, um estudo publicado em julho no *New England Journal of Medicine* (NEJM) demonstrou redução de mortalidade com uso da dexametasona. Embora tenha sido um estudo feito em adultos, o grupo de estudos baseados em evidências do Hospital João Paulo II da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e colaboradores (Russo *et al.* 2020) recomenda que seja considerado o uso dos corticoides para os casos de crianças internadas em uso de oxigênio ou de Ventilação Mecânica (anexo 5). Em adultos, a recomendação é de uso da dexametasona por até 10 dias (PBH, 2020). Em criança, por inferência, salvo em recém-nascido (ver no anexo 5), o tempo médio recomendado para uso é de 7 dias (mínimo de 3 e máximo de 10 dias), sempre avaliando a resposta clínica. Outras terapias farmacológicas (descritas no Anexo 6) não encontram evidências segundo recomendações de diversas organizações de saúde científicas, nacionais e internacionais, como OMS, OPAS, CDC, NIH, NHS.

6.4 ANTIBIOTICOTERAPIA PARA CASOS SUSPEITOS DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE OU SEPSE

Se houver a suspeita de pneumonia bacteriana adquirida, a escolha do antimicrobiano deve ser individualizada de acordo com a apresentação clínica.

Sugerimos para o tratamento em menores de 5 anos:

Amoxicilina: 50mg/kg/dia de 8 em 8 horas (dose habitual) ou 80-90/mg/kg/dia de 12 em 12 horas (dose de guideline). Em pacientes internados com necessidade de antimicrobiano intravenoso, ampicilina 200mg/kg/dia de 6 em 6 horas deve ser a primeira linha de tratamento. Penicilina cristalina 100.000 a 200.000 UI/kg/dia de 6 em 6 horas pode ser a primeira escolha de tratamento intravenoso, mas deve-se checar a disponibilidade devido a crises de desabastecimento nacional.

Alternativas: considerar uso de amoxicilina + clavulanato para crianças com vacinação incompleta (menos que 2 doses) para *Haemophilus influenzae* (HiB) ou falha terapêutica ou síndrome clínica compatível com estafilococcia.

Cefalosporinas de 3ª geração devem ser reservadas para o tratamento inicial de sepsis grave, choque séptico e em pacientes imunossuprimidos. Oxacilina deve ser reservada para pacientes com infecção estafilocócica comprovada por cultura com antibiograma, sendo que sua associação com ceftriaxona não apresenta benefício ou atividade sinérgica, por atuarem nos mesmos receptores. Em caso de isolamento de germe em cultura, o tratamento deve ser guiado pelo antibiograma.

Para o tratamento em maiores de 5 anos:

Amoxicilina (50mg/kg/dia de 8 em 8 horas ou 80-90/mg/kg/dia de 12 em 12 horas) pode ser o tratamento inicial em maiores de 5 anos para pneumonia adquirida em comunidade de etiologia bacteriana. Azitromicina 10mg/kg/dia em dose única diária é alternativa igual-

mente aceitável em pacientes com clínica compatível com infecção por micoplasma. Em pacientes internados com necessidade de antimicrobiano intravenoso, ampicilina 200mg/kg/dia de 6 em 6 horas deve ser a primeira linha de tratamento. Penicilina cristalina 100.000 a 200.000 UI/kg/dia de 6 em 6 horas pode ser a primeira escolha de tratamento intravenoso, mas deve-se checar a disponibilidade devido a crises de desabastecimento nacional.

Alternativas: considerar uso de amoxicilina + clavulanato para crianças com vacinação incompleta (menos que 2 doses) para *Haemophilus influenzae* (HiB) ou falha terapêutica ou síndrome clínica compatível com estafilococcia.

Cefalosporinas de 3ª geração devem ser reservadas para o tratamento inicial de sepse grave, choque séptico e em pacientes imunossuprimidos.

Em caso de isolamento de germe em cultura, o tratamento deve ser guiado pelo antibiograma. Associação de macrolídeos e penicilinas deve ser reservada para casos especiais.

O tratamento da Pneumonia comunitária está detalhado no Protocolo Colaborativo Manejo Da Criança com Pneumonia Comunitária - SUS-BH.

6.5 APOIO E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

Os pacientes, bem como seus parentes, podem necessitar de consulta com um especialista em psicoterapia e aconselhamento para um tratamento especializado.

6.6 MEDIDAS GERAIS DURANTE A INTERNAÇÃO

- Considerar limitar o número de profissionais da saúde, familiares e visitantes em contato com o paciente, garantindo os cuidados ideais e apoio psicossocial ao paciente.
- Evitar contato próximo com pessoas já infectadas (distância de pelo menos 2 metros).
- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos.
- Reforçar hábitos individuais de quem já está doente, como cobrir o rosto ao tossir e se possível não sair de casa durante o período de quadro respiratório.
- Uso de álcool a 70% é uma opção, desde que não haja sujidade ou secreções nas mãos, friccionando-as por 20 a 30 segundos. Nestes casos devem ser lavadas com água e sabão.
- Limpar e desinfetar diariamente as superfícies tocadas com frequência (por exemplo, interruptores de luz, maçanetas, bancadas, puxadores, telefones, etc.).
- Medidas de triagem de pacientes com febre, separação de pacientes com SARS-CoV-2 dos outros pacientes, separação das entradas e passagens entre os pacientes e os profissionais de saúde e aumento das instalações para lavagem das mãos demonstraram um efeito protetor para os profissionais de saúde.
- Os profissionais da saúde devem usar EPIs adequados. Evitar tocar as mucosas de olhos, nariz e boca e não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos ou copos.

6.7 VACINAÇÃO

Embora não haja vacina específica para SARS-CoV-2 até o momento, recomenda-se que a população mantenha o calendário vacinal em dia, de forma a evitar infecções que poderiam ser confundidas com a COVID-19 ou mesmo que poderiam debilitar o organismo e agravar uma possível infecção por esse agente.

Se SRAG:

- Indicar internação hospitalar: recomenda-se precauções contra gotículas e cuidado durante o contato com pacientes internados com síndrome gripal. Nas situações em que ocorra geração de aerossóis (intubação ou aspiração aberta, por exemplo) recomenda-se o uso de máscara tipo N95 durante o procedimento. Se não for possível acomodar o paciente em um quarto privativo, pode-se recorrer ao sistema de coortes, utilizando as enfermarias.
- Oseltamivir deve ser prescrito a qualquer momento da suspeita, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas, independentemente da coleta de material para exame laboratorial (ver Anexo 1).
- Considerar início de corticoide para crianças dependentes de oxigênio e para todas em ventilação mecânica.
- Coletar amostras de secreções respiratórias para exame de RT-PCR.
- Considerar antibioticoterapia se SRAG ou se evoluir para pneumonia (ver item 6.4).

Os pacientes com insuficiência respiratória iminente ou estabelecida devem dar entrada na UTI ou em uma unidade de terapia intermediária. Outras indicações de UTI são: instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica, indicando uso de amina vasoativa) e evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica. A intubação e a ventilação mecânica serão instituídas se o paciente estiver piorando clinicamente e não puder manter uma saturação de oxigênio (SatO₂) acima de 90% com ventilação espontânea (apesar de oxigenoterapia máxima). Avaliar todas as medidas e orientações citadas nos itens 6.5 e 6.6.

7 PROGNÓSTICO

As crianças apresentam uma evolução clínica mais branda e mais curta, que se assemelha à evolução do resfriado comum. O prognóstico é, portanto, mais favorável que em adultos.

Ainda não se sabe o motivo pelo qual o quadro clínico é muito mais leve em crianças quando comparado aos adultos, mas existem algumas hipóteses. Uma delas é de que as infecções virais recorrentes nas crianças possam contribuir com o sistema imunológico na resposta ao SARS-CoV2. Sabe-se também que o SARS-CoV2 utiliza como receptor para sua entrada nas células do epitélio respiratório a enzima conversora da angiotensina 2 (ECA2).

As crianças apresentam menor expressão da ECA2 devido a diferenças em sua distribuição, maturação e funcionamento, o que poderia ser então um fator de proteção. Outra hipótese considera que a presença de outros vírus simultaneamente nas vias aéreas e mucosa pulmonar das crianças poderia limitar o crescimento do SARS-CoV2 por competição. Um outro estudo avalia que, com a idade, ocorre um declínio do sistema imunológico. Uma das causas é atribuída à involução do timo, principalmente após a puberdade. Após a quarta década de vida, a involução do timo leva a um significativo declínio na produção de células T. Com isso, ocorre uma diminuição da imunidade adaptativa, considerada a principal causa de morbimortalidade em idosos. As células T CD8 parecem ser mais suscetíveis à idade, com redução acentuada. Elas têm um papel fundamental no combate às infecções virais, reconhecendo e destruindo células infectadas por vírus, evitando a multiplicação viral. Dessa forma, a idade avançada seria um fator de risco para evolução mais grave de infecções virais.

Fatores de prognóstico desfavorável

Presença de comorbidades, aumento no nível de lactato desidrogenase (LDH), Proteína C-Reativa elevada e alta contagem de neutrófilos na apresentação, bem como baixa contagem de linfócitos CD4 e CD8 estão associados a um risco independente maior de morte.

Morbidade e mortalidade

Estudos em adultos demonstraram que a deterioração clínica (exigindo intubação e ventilação mecânica) ocorre em uma mediana de 8 dias após o surgimento dos sintomas. O óbito é, na maioria das vezes, atribuído à sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e falência múltipla de órgãos.

Um decréscimo residual na função pulmonar e anormalidades radiológicas persistentes, bem como sequelas psicológicas prolongadas e fraqueza muscular, são frequentemente observados nos sobreviventes de SARS-CoV-2, embora haja uma tendência para que essas questões melhorem com o passar do tempo.

8 ISOLAMENTO DOMICILIAR

O isolamento domiciliar constitui uma das principais estratégias para conter a disseminação viral (**Anexo 4**).

Para indivíduos com quadro de **Síndrome Gripal (SG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se isolamento. Após 10 dias do início dos sintomas, o isolamento deve ser suspenso, desde que tenham passado 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e a remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos com quadro de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou

clínico laboratorial) para COVID-19, recomenda-se isolamento. Após 20 dias do início dos sintomas ou após 10 dias com resultado RT-PCR negativo, o isolamento deve ser suspenso, desde que tenham passado 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Para indivíduos com quadro de **SG** para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para SARS-CoV-2, o isolamento poderá ser suspenso, desde que tenham passado 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos hospitalizados com quadro de **SRAG** para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, caso um primeiro teste de RT-PCR venha com resultado negativo, um segundo teste na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa, deve ser realizado 48 horas após o primeiro. Sendo os dois negativos, o paciente poderá ser retirado da precaução para COVID-19 (atentar para o diagnóstico de outros vírus respiratórios, como influenza). Ao receber alta hospitalar antes do período de 20 dias, o paciente deve cumprir o restante do período em isolamento OU após 10 dias com dois resultados RT-PCR negativo, desde que tenham passado 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica. Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2) deve-se manter isolamento e suspendê-lo após 10 dias da data de coleta da amostra.

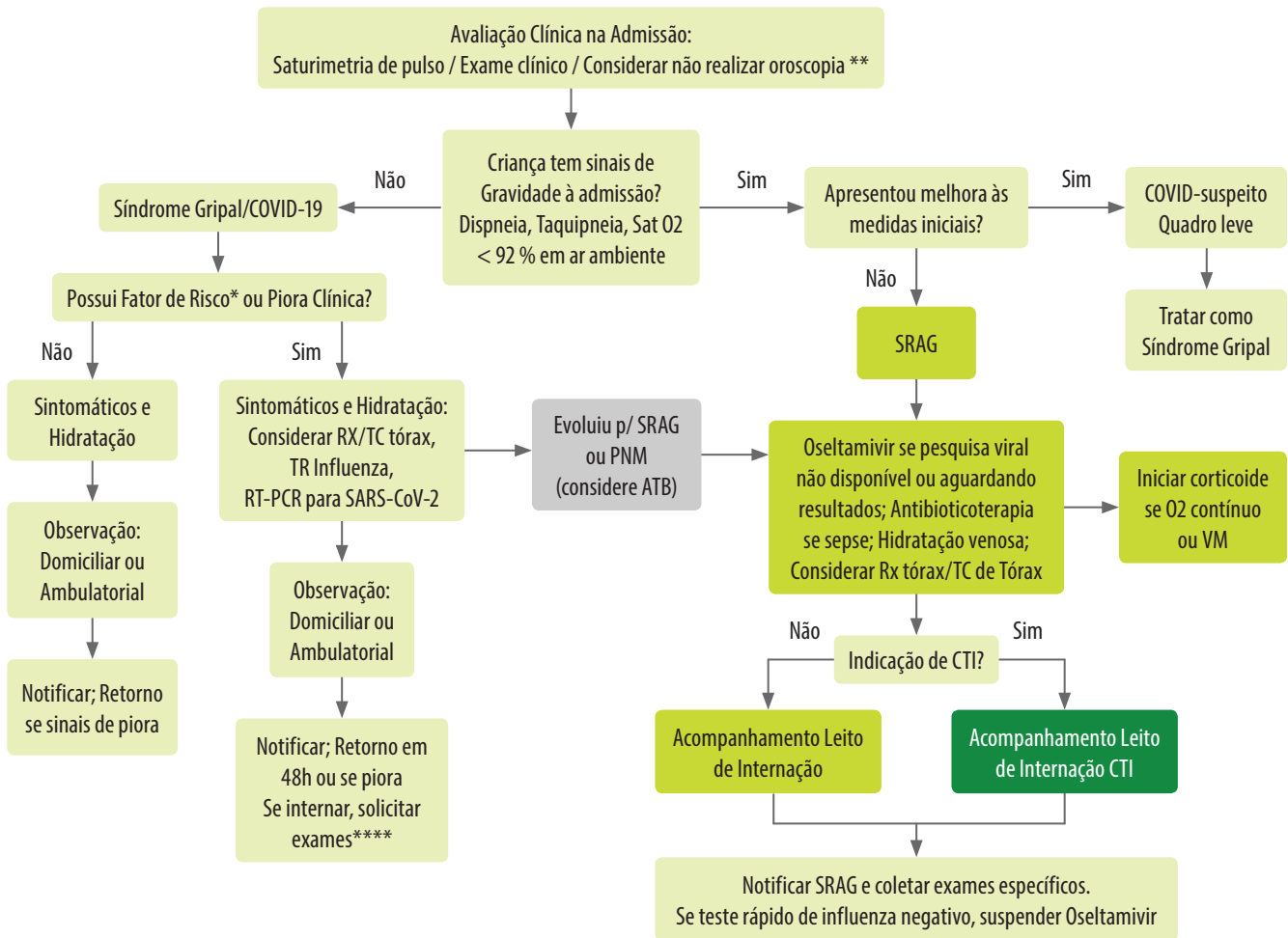
Os contatos domiciliares assintomáticos dos pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19 devem permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias, reforçar as medidas de prevenção e de higiene e monitorar aparecimento de sintomas. Nos casos de contatos domiciliares de pacientes descartados para COVID-19, deve-se interromper o isolamento dos contactantes. O código utilizado para o atestado dos contatos domiciliares é o Z20.9 (contato com exposição a doença transmissível não especificada).

Fluxograma 1 – Manejo da criança com suspeita de COVID-19.

Síndrome Gripal (SG): Criança com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza, com início de sintomas nos últimos 7 dias.

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG): Criança com SG hospitalizada que apresente dispneia ou taquipneia ou saturação de O₂ menor que 92% ao ar ambiente.

Crianças com sintomas respiratórios, mesmo sem febre, serão consideradas como caso suspeito de COVID-19.



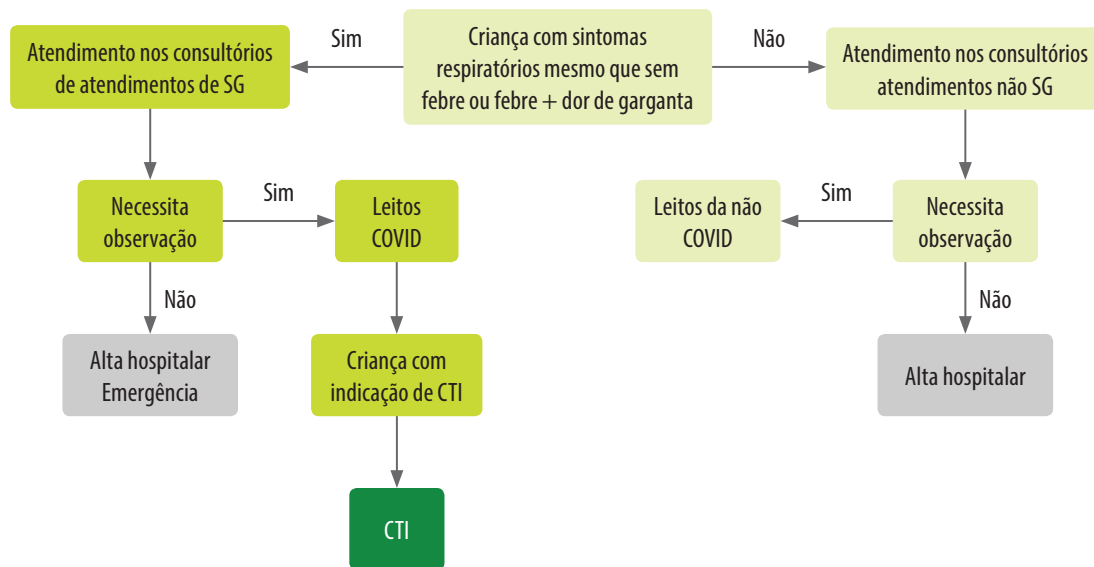
Fatores de risco: presença de comorbidades (HAS, DM, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer); uso de corticoide ou imunossupressores.

Considerar taquipneia:
FR ≥ 60 ipm para < 2 meses.
≥ 50 ipm para 2–11 meses.
≥ 40 ipm para 1–5 anos.
> 30 ipm para > 5 anos.
≥ 24 ipm para adolescentes e adultos.

Recomenda-se que a orofaringe das crianças seja examinada apenas se for essencial.
Se criança acima de 3 anos com febre + odinofagia, sem evidência de outro foco, considerar uso de ATB empírico.

A radiografia simples de tórax mostra pequenas opacidades irregulares e alterações intersticiais, na fase inicial da pneumonia, especialmente na periferia dos pulmões. Casos graves podem desenvolver múltiplas opacidades bilaterais em vidro fosco e consolidações pulmonares.
Alterações laboratoriais: A contagem de leucócitos pode ser normal ou reduzida. A PCR pode ser normal ou elevada. Em casos graves, pode-se observar elevação das enzimas hepáticas e musculares e das concentrações de dímeros-D.
Exames laboratoriais: hemograma, PCR, glicemia, uréia, creatinina, bilirrubina total e fração, troponina, D-dímero, LDH, coagulograma.

Fluxograma 2 – De atendimento à criança suspeita de COVID-19.



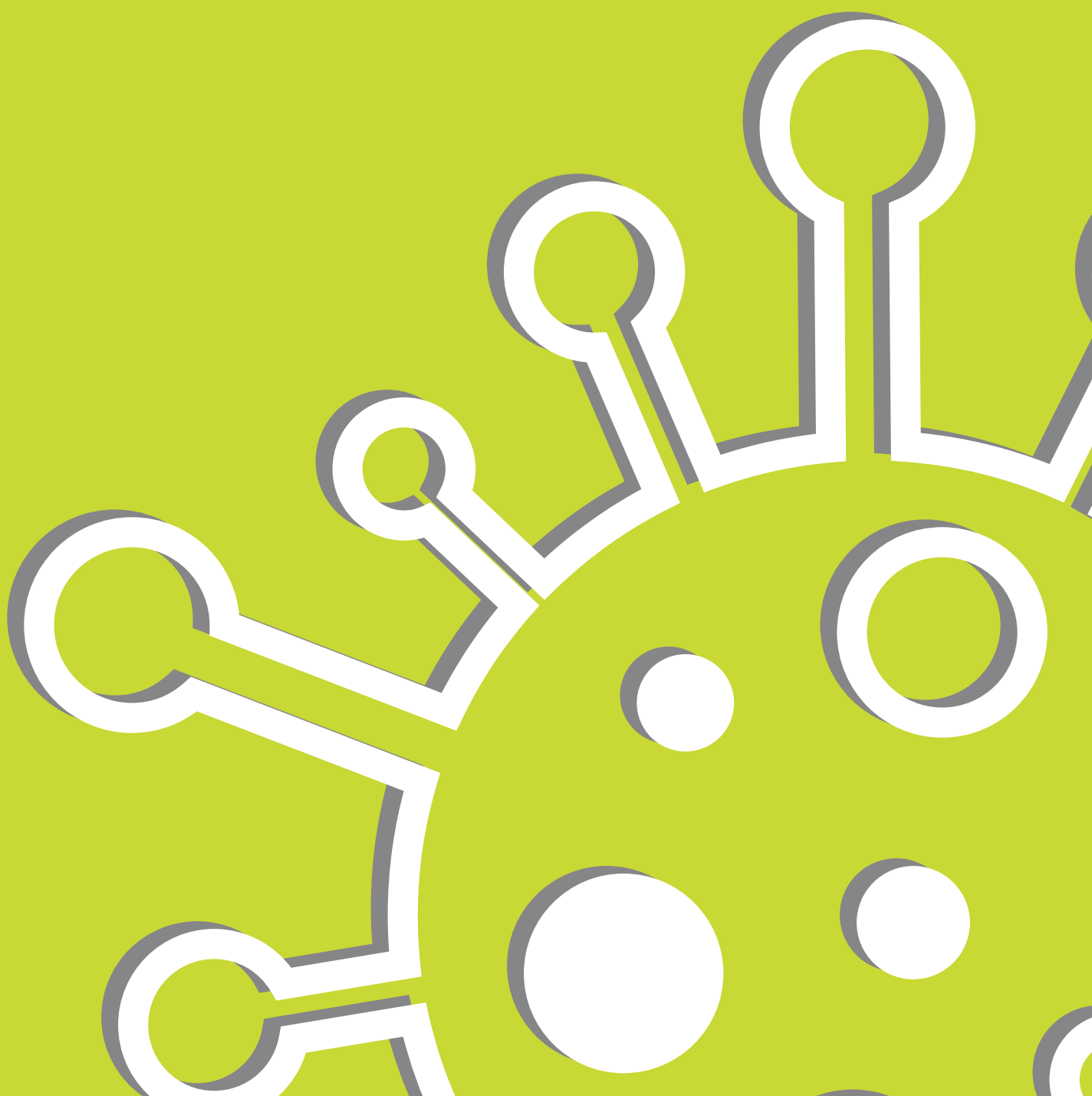
*Evite uso de micronebulização. Se usar CN ou CPAP, coloque máscara cirúrgica sobre o dispositivo.

Referências bibliográficas

1. Bestpractice, 2020. Disponível em: <bestpractice.bmj.com>. Acesso em 21 de abril de 2020.
2. BMJ: facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. MacIntyre CR, Chughtai AA. Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. In; BMJ. 2015;350:h694. Published 2015 Apr 9. doi:10.1136/bmj.h694.
3. Brasil. Ministério da Saúde- Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, 2020. Acesso em 26 de Abril de 2020.
4. _____. Ministério da Saúde. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19”. Disponível no link: <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota de Alerta - Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes associada à COVID-19, Coordenação Geral do Programa de Imunizações – Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2020.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, agosto de 2020. Disponível em https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/08/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.
7. Departamento de Pediatria da Associação Paulista de Medicina, Covid19 em crianças e adolescentes. Disponível em: <<https://www.spsp.org.br/PDF/SPSP-DC%20Pneumologia-COVID-19%20em%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes-04.06.2020.pdf>>.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de operações de emergência em saúde – coes minas COVID-19. Atualização técnica ao protocolo de infecção humana pelo SARS-CoV-2 nº 06/2020 – 20/07/2020. Acesso em 27 de julho de 2020.
9. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review- JAMA | Review.
10. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Ênfase em COVID-19. Secretaria Municipal de Saúde de BH. Julho de 2020 VERSÃO 1. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>. Acesso em 10/08/2020.
11. Pubmed, 2020. Disponível em: <pubmed.gov>. Acesso em 22 de abril de 2010.
12. Quresh Z, Jones N, Temple R, Larwood JPJ, Greenhalgh T, Bourouiba L. What is the evidence to support the metre social distancing rule to reduce COVID-19 transmission? In: Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <https://www.cebm.net/category/open-evidence-reviews/>.
13. Russo DO, Marques BA, Candiani TMC, Rocha Fde S.V. Análise de evidência - Uso da dexametasona em pacientes hospitalizados com COVID-19 em uso de oxigenoterapia com redução da mortalidade em 28 dias. In: Sociedade Mineira de Pediatra - Boletim Especial COVID-19 nº13. Disponível em https://www.smp.org.br/arquivos/site/boletim-2020/boletim_cient_smp_13covid-2.pdf. Acesso dia 14 de agosto de 2020.
14. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos Colaborativos Manejo da Criança com Pneumonia Comunitária – SUS-BH, 2020.

15. Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta: Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Maio, 2020.
16. Sociedade Mineira de Pediatria, 2020. Posicionamento acerca da Covid 19 em crianças e adolescentes. Disponível em: <<https://www.smp.org.br/visualizacao-de-comunicados/ler/983/posicionamento-da-smp-acerca-da-profilaxia-e-tratamento-da-covid-19>>. Acesso em 14 de agosto de 2020.
17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.

ANEXOS



Anexo 1 FLUXOGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fator de risco para complicações clínicas	Sintomas respiratórios	
	Trato respiratório superior	Trato respiratório inferior
Alto risco	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso. • TC do tórax. • Solicitar teste rápido para influenza. • RT-PCR para S-Cov2. • Se alta hospitalar, fornecer orientações sobre sinais e sintomas de alarme para retorno. • Se internação hospitalar, seguir monitoramento clínico e exames*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso. • TC do tórax. • Solicitar teste rápido para influenza. • RT-PCR para S-Cov2. • Solicitar exames*. • Iniciar oseltamivir, se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado. • Antibioticoterapia, se sinais de sepse de origem bacteriana. • Internação hospitalar recomendada.
Baixo risco	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso. • Se alta hospitalar, fornecer orientações sobre sinais e sintomas de alarme para retorno. • Se internação hospitalar, seguir monitoramento clínico e exames*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso. • TC do tórax. • Solicitar teste rápido para influenza. • RT-PCR para S-Cov2. • Solicitar exames*. • Iniciar oseltamivir, se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado. • Antibioticoterapia, se sinais de sepse de origem bacteriana. • Internação hospitalar recomendada.

*Hemograma completo, glicemias, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina sérica, D-dímero, DHL e coagulograma (TAP e TTPa).

Fonte: Diretrizes para tratamento e diagnóstico da COVID-19-MS- <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/ddt-covid-19-200407.pdf>

Anexo 2 QUADRO DE DOSES DO OSELTAMIVIR

Droga	Faixa etária e peso	Posologia	
Oseltamivir	Adulto	75 mg, VO*, 12 em 12 horas, 5 dias	
	< ou = 15 kg	30 mg, VO*, 12 em 12 horas, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	> 15 a 23 Kg	45 mg, VO*, 12 em 12 horas, 5 dias
		> 23 a 40 Kg	60 mg, VO*, 12 em 12 horas, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, VO*, 12 em 12 horas, 5 dias
	Recém nascido, tratamento durante cinco dias	prematuros	1 mg/kg/dose de 12 em 12 horas
		37 a < 38 semanas de idade gestacional	1 mg/kg/dose de 12 em 12 horas
		38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5 mg/kg/dose de 12 em 12 horas
> 40 semanas de idade gestacional		3 mg/kg/dose de 12 em 12 horas	
Zanamivir	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, de 12 em 12 horas, 5 dias	
	Criança maior ou igual a 7 anos		

* VO: via oral

Fonte: Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Medicamentos antivirais de influenza: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>.

Anexo 3 MODELO DE ATESTADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

EM CUMPRIMENTO À NOTA TÉCNICA COVID-19 Nº 006/2020 DE 27 DE MARÇO DE 2020

Atesto para fins ocupacionais que a criança _____ foi atendida nesta instituição em ____/____/____ e apresenta sintomas de síndrome gripal aguda. Deverá permanecer em isolamento domiciliar por _____ dias a partir de ____/____/____.

Deverá permanecer também em isolamento domiciliar, pelo mesmo período, as pessoas que moram no mesmo domicílio descritas abaixo pelo responsável pela criança:

Assinatura do Médico:

Assinatura do Responsável

Data _____/____/_____

Anexo 4 RECOMENDAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE ISOLAMENTO DOMICILIAR DEVIDO À SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

1. Manter o paciente em quarto individual e bem ventilado. Caso não seja possível, manter distância de pelo menos 1 metro do doente.
2. Limitar o número de cuidadores e não receber visitas.
3. Limitar a circulação do paciente, verificando se os ambientes compartilhados (por exemplo: cozinha, banheiro) são bem ventilados (manter as janelas abertas).
4. O paciente e o cuidador devem usar máscara cirúrgica bem ajustada ao rosto quando estiverem no mesmo ambiente e durante a manipulação do paciente. As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso (troca-las somente se ficarem molhadas ou sujas com secreções).
5. Descartar a máscara cirúrgica imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos com água e sabão ou álcool a 70%.
6. Ao realizar higiene das mãos com água e sabão, utilizar, preferencialmente, toalhas de papel descartáveis para secar as mãos. Caso não seja possível, usar toalhas de pano e troca-las quando ficarem molhadas.
7. A etiqueta respiratória deve ser praticada por todos da residência: cobrir a boca e o nariz durante a tosse e espirros ou usar lenços de papel ou cotovelo flexionado, higienizando as mãos em seguida.
8. Descartar os materiais usados para cobrir a boca e o nariz, imediatamente após o uso.
9. Evitar o contato direto com fluidos corporais, principalmente secreções orais/nasais e fezes. Caso isso ocorra, higienizar as mãos em seguida.
10. Luvas, máscaras e outros resíduos gerados pelo paciente durante os cuidados no domicílio devem ser colocadas em lixeira com saco de lixo no quarto da pessoa doente, antes do descarte com outros resíduos domésticos.
11. Não compartilhar escovas de dentes, talheres, pratos, bebidas, alimentos, toalhas ou roupas de cama.

12. Talheres e pratos podem ser reutilizados, mas devem ser limpos com água e sabão ou detergente comum após o uso.
13. Limpar e desinfetar diariamente as superfícies frequentemente tocadas (mesas, cabeceiras de camas e outros móveis do quarto do paciente) com desinfetante doméstico comum.
14. Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico comum.
15. Roupas limpas e sujas, roupas de cama, toalhas de banho e de mão do paciente devem ser lavadas com água e sabão comum. Evitar agitar a roupa suja. Não há necessidade de lavar estes itens separadamente.
16. Realizar higiene das mãos imediatamente após limpar ou manusear roupas ou superfícies com fluidos corporais.
17. Os pacientes devem permanecer em casa até a resolução completa dos sintomas.
18. Considerando as evidências limitadas de transmissão pessoa a pessoa, indivíduos que podem ter sido expostos a casos suspeitos de infecção pelo novo corona vírus (incluindo cuidadores e trabalhadores de saúde) devem monitorar sua saúde por 14 dias, a partir do último dia do possível contato. Caso apresentem febre, tosse, coriza ou outros sintomas respiratórios associados a critérios de gravidade (dispneia, desconforto respiratório, saturação de O₂ diminuída, e/ou exacerbação de doença pré-existente), devem procurar atendimento médico imediatamente.

Anexo 5 RECOMENDAÇÕES USO DEXAMETASONA OU OUTROS CORTICOIDES

Resumo das recomendações	
Uso de dexametasona para pacientes pediátricos hospitalizados com COVID-19 suspeita ou confirmada	
Recomendação fraca	Considerar USAR dexametasona para todos os paciente em ventilação mecânica (qualidade moderada por evidência indireta).
	Considerar USAR dexametasona para paciente em uso de oxigenoterapia (qualidade baixa por imprecisão e evidência indireta). Sugere-se que a decisão seja compartilhada com a família.
Recomendação fraca contrária	Considerar NÃO USAR dexametasona para paciente sem necessidade de Oxigenoterapia (qualidade baixa por imprecisão e evidência indireta), por potencial de risco de dano.
Dosagens pediátricas para corticoterapia, de acordo com o suplemento do artigo	
Hidrocortisona (IV) é opção para recém-nascidos prematuros com idade gestacional corrigida < 40 semanas	0,5 mg/kg de 12/12 horas por 7 dias, seguido de 0,5 mg/kg uma vez ao dia por três dias
Prednisolona (Oral/SNG)	1 mg/kg uma vez ao dia (máx. 40 mg)
Metilprednisolona (IV)	0,8 mg/kg uma vez ao dia (máx. 32 mg)
Dexametasona (Oral/SNG/IV)	0,15 mg/kg uma vez ao dia (máx. 6 mg)

IV: intravenoso

SNG: Sonda nasogástrica

Fonte: Russo DO, Marques BA, Candiani TMC, Rocha Fde S.V. Análise de evidência - Uso da dexametasona em pacientes hospitalizados com COVID-19 em uso de oxigenoterapia com redução da mortalidade em 28 dias. In: Sociedade Mineira de Pediatria - Boletim Especial COVID-19 nº13.

Anexo 6 RECOMENDAÇÕES DE INSTITUIÇÕES NACIONAIS/ INTERNACIONAIS DE SAÚDE E DE SOCIEDADES MÉDICAS (5/6/2020)

Terapêuticas experimentais para COVID-19	OMS	CDC / NIH ^a	NHS	IDSA	SCCM	AMIB / SBI / SBPT
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina)	Contra uso ^a	Contra uso (AI)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) + Azitromicina	Contra uso ^a	Contra uso (AIII)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Lopinavir/ritonavir	Contra uso ^a	Contra o uso (AI)	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	Contra uso (Frac, baixa qualidade)	Contra uso de rotina (Frac)
Oseltamivir	Contra o uso	–	–	Contra o uso	0	Contra o uso (Forte)
Tocilizumabe	Contra uso ^a	0	Contra uso ^a	Contra uso ^a (Lacuna de conhecimento)	0	Contra o uso de rotina (Frac)
Ivermectina	–	–	–	–	–	–
Oseltamivir (suspeita de influenza em quadros graves ou fatores de risco)	A favor do uso	–	–	A favor do uso	–	A favor do uso (Frac)
Antibióticos (profiláticos)	Contra uso	Contra uso	Contra uso	–	A favor do uso ^b (Frac, baixa qualidade)	Contra uso (Frac)
Antibacterianos (suspeita de infecção bacteriana)	A favor do uso	A favor do uso	A favor do uso	–	A favor do uso (Frac, baixa qualidade)	A favor do uso

OMS = Organização Mundial da Saúde; CDC = Centers for Disease Control and Prevention (EUA – Estados Unidos da América); NIH = National Institute of Health(EUA); NHS = National Health Service(Reino Unido); IDSA = Infectious Disease Society of America(EUA); SCCM = Society of Critical Care Medicine; AMIB = Associação de Medicina Intensiva Brasileira; SBI = Sociedade Brasileira de Infectologia; SBPT = Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

^aNão há evidências atuais para recomendar qualquer tratamento anti-COVID-19 específico. Considere a inscrição de pacientes em cenários adequados de ensaios clínicos randomizados.

^bEm casos de insuficiência respiratória e sob ventilação mecânica com COVID-19, recomenda-se o uso de antibacterianos empíricos (recomendação fraca, evidência de baixa qualidade). Observação: avaliar diariamente e reavaliar a duração da terapia e o espectro da cobertura com base nos resultados da microbiologia e o estado clínico do paciente.

- Não há descrição da referida terapêutica.

0 Dados insuficientes para recomendação a favor ou contra o tratamento.

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Ênfase em Covid-19. Secretaria Municipal de Saúde de BH. Julho de 2020.

