

**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 6/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 14 de maio de 2021.

**ORIENTAÇÕES PARA A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA DO PACIENTE COM COVID-19****1. INTRODUÇÃO**

Devido à situação atual da pandemia de COVID-19 e as significativas taxas de ocupação de leitos de enfermaria, UCI e UTI para tratamento dos usuários que demandaram hospitalização, consideramos como prioridade a otimização da ocupação de leitos e a garantia de assistência adequada para o maior número de usuários. Para tanto, reforçamos a necessidade de que as unidades de saúde desta SES-DF sigam as diretrizes e notas estabelecidas por esta câmara técnica, sobretudo as [Diretrizes sobre o diagnóstico e o manejo clínico–farmacológico da COVID-19 em adultos](#), além de identificar possíveis fatores que possam dificultar a alta hospitalar segura.

Ressaltamos que esta nota não substitui o protocolo de [Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal](#), que deverá servir de norteador dos fluxos e ações relacionadas ao processo de alta hospitalar.

Entre os fatores que influenciam na condução e dificultam o processo de alta dos pacientes com COVID-19, destacamos:

**2. NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DE MEDICAMENTOS, ESPECIALMENTE CORTICOIDES, ANTIMICROBIANOS E ANTICOAGULANTES:**

Considerando a elevada necessidade de disponibilização de leitos COVID-19, identificamos que um dos empecilhos para a alta dos pacientes é o uso frequente de antimicrobianos, corticoides e anticoagulantes.

Considerando a Nota Técnica SEI-GDF n.º 2/2018 - SES/SAIS/CATES/DIASF/GAF AE, que estabelece diretrizes para a liberação de medicamentos de alta hospitalar nas Unidades Hospitalares e Unidades de Urgência e Emergência da SES-DF, está previsto:

“Aos pacientes que tiverem plenas condições clínicas de alta, serão dispensados somente antimicrobianos, antiinflamatórios esteroidais (corticosteroides), antiinflamatórios não esteroidais (AINEs), analgésicos opióides de USO ORAL e anticonvulsivantes para os pacientes cuja alta hospitalar dependa unicamente da dispensação desses medicamentos.”

Diante do exposto, uma vez que o médico identifique a aptidão do paciente com COVID-19 para continuar o tratamento com segurança em domicílio, deverá enviar prescrição nominal para o paciente à farmácia local para que o paciente possa concluir seu tratamento.

Desta forma, sugerimos que as farmácias hospitalares se programem para disponibilizar “kits de desospitalização” com os medicamentos mais prescritos para o tratamento dos pacientes com COVID-19, a fim de agilizar o processo de alta hospitalar. São exemplos de medicamentos que deverão estar disponíveis para confecção do kit: LEVOFLOXACINO

COMPRIMIDO 250 MG, DEXAMETASONA COMPRIMIDO 4 MG, ENOXAPARINA, FONDAPARINUX, AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG + 125MG, LORATADINA COMPRIMIDO 10 MG, entre outros.

A “baixa” desses medicamentos deverá ser realizada para cada paciente no SIS-MATERIAIS pela Farmácia Hospitalar.

Caso o paciente necessite continuar tratamento com medicamento injetável, a equipe deverá verificar junto ao Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da região a possibilidade de acompanhar esse paciente em domicílio até a conclusão do tratamento.

O paciente que receber alta com prescrição médica de antimicrobianos, corticoides ou anticoagulantes deverá ser encaminhado para acompanhamento por sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, conforme disposto no item 6 abaixo.

### 3. **PENDÊNCIAS RELACIONADAS A EXAMES DE IMAGEM OU LABORATORIAIS:**

#### 3.1. Exames laboratoriais inespecíficos:

A COVID-19 pode alterar diversos parâmetros laboratoriais durante o curso da doença, inclusive com alguns deles associados a pior prognóstico (como linfopenia marcante nos estágios iniciais da doença). Alterações hematológicas e inflamatórias são prevalentes nos pacientes, e particularmente para aqueles que evoluem com mais gravidade (portanto, que necessitam de internação), como leucocitose (com neutrofilia) ou leucopenia (por vezes com alterações morfológicas/displásicas), linfopenia, anemia, trombocitopenia ou trombocitose (também com alterações morfológicas), prolongamentos no TTPa e TAP, hiperfibrinogenemia e elevação do D-dímero, hiperferritinemia, hipoalbuminemia, aumento da proteína C reativa, da VHS e procalcitonina, creatinina, ALT e AST, bilirrubinas, gama-glutamil-transferase, desidrogenase láctica.

Para a alta hospitalar, deve-se considerar a boa evolução clínica do paciente e desses parâmetros laboratoriais, e não necessariamente a normalização dos exames. Entretanto, algumas dessas alterações laboratoriais merecem ser avaliadas com seguimento ambulatorial após a alta, como as seguintes:

- Anemia com hemoglobina < 10 g/dl;
- Leucopenia < 1000 células/mm<sup>3</sup>;
- Plaquetopenia < 50.000 células/mm<sup>3</sup>;
- Creatinina sérica 1,5x o valor basal ou depuração de creatinina < 50 ml/min em pacientes previamente hígidos (adaptado KDIGO Guidelines);
- Hiperferritinemia persistente > 1000 mg/dl;
- Transaminases > 3x o valor de referência de forma persistente em paciente previamente hígido (recomendação da Sociedade Brasileira de Hepatologia);
- Os níveis de D-dímero, fibrinogênio, TAP e TTPa, quando não marcadamente aumentados, não necessitam de avaliação após a alta.

#### 3.2. Exames laboratoriais específicos:

Não é recomendada a realização de RT-PCR para SARS-CoV-2 “de controle” ou a pesquisa do estado sorológico do paciente tanto para a alta quanto para acompanhamento ambulatorial, tampouco para verificação de imunidade vacinal.

### 3.3. Exames radiológicos:

Não é recomendada a realização de exames radiológicos para definição da alta do paciente clinicamente recuperado. Entretanto, em caso de dispneia ou hipoxemia persistentes, deterioração clínica ou novos sintomas respiratórios após a resolução da doença, deve ser avaliada individualmente a indicação de nova tomografia computadorizada (TC) de tórax.

Há apenas 8,1% e 41,6% de resolução completa dos achados radiológicos após a 1ª e a 2ª semana da alta, respectivamente.

Em 6 meses, cerca de 1/3 dos pacientes ainda terão alterações fibróticas pulmonares (particularmente aqueles que foram acometidos de doença pulmonar grave).

## 4. DESMAME DO OXIGÊNIO SUPLEMENTAR E NECESSIDADE DE OXIGÊNIO SUPLEMENTAR DOMICILIAR:

É fundamental que os profissionais de saúde gerenciem de maneira eficiente e racional a oferta de oxigênio aos pacientes. É importante também que esses profissionais estejam engajados nas ações de desmame do oxigênio suplementar para viabilizar a desospitalização e a rotatividade dos leitos.

O desmame de oxigênio suplementar deve ser progressivo, de acordo com a melhora clínica do paciente e objetivar o menor fluxo de O<sub>2</sub> possível para manter a SpO<sub>2</sub> alvo entre 92-96% na fase aguda da doença (evitar hiperoxemia). Para pacientes com hipoxemia crônica, avaliar individualmente a saturação alvo. A cada alteração do fluxo de O<sub>2</sub>, observar o paciente pelo tempo mínimo de 15 minutos. Repetir esse procedimento ao menos duas vezes ao dia, de acordo com a gravidade do paciente e disponibilidade de equipe multidisciplinar.

Do ponto de vista dos parâmetros respiratórios, os pacientes clinicamente estáveis, sem sinais de esforço respiratório, sem necessidade de uso suplementar de O<sub>2</sub> nas últimas 24 horas e que mantêm SpO<sub>2</sub> ≥ 90% em ar ambiente podem receber alta hospitalar.

Pacientes persistentemente dependentes do uso de oxigênio suplementar (SpO<sub>2</sub> < 90% em ar ambiente), sem previsão de desmame nos próximos quinze dias, apesar de clinicamente estáveis, devem ser avaliados por gasometria arterial em ar ambiente (importante estar no mínimo 15 minutos em ar ambiente antes da coleta de exame).

Caso seja constatada hipoxemia persistente, os pacientes devem ser inscritos no [Programa de Oxigenoterapia Domiciliar \(POD\) da SES-DF \(Nota Técnica N.º 4/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD\)](#), do qual extraímos os critérios, citados abaixo:

*"Indicações de oxigenoterapia de forma contínua:*

*a) PaO<sub>2</sub> < 55 mmHg ou SaO<sub>2</sub> < 88% ou;*

*b) PaO<sub>2</sub> entre 56-59mmHg ou SaO<sub>2</sub> = 89%, associado a:*

- edema por insuficiência cardíaca ou*
- evidência de cor pulmonale ou*
- hematócrito > 56%.*

*\*Exame laboratorial obrigatório: gasometria arterial coletada após otimização do manejo clínico e em ar ambiente.\*"*

No momento da alta hospitalar, o paciente deve ser encaminhado para acompanhamento ambulatorial com a pneumologia para reavaliação periódica da necessidade de manter oxigenoterapia suplementar domiciliar.

Os pacientes com comorbidades que cursam com hipoxemia crônica (como anemia falciforme, doenças pulmonares crônicas, doenças cardíacas, entre outras), caso não implique em atraso da alta, deverão ser avaliados pela especialidade ainda durante a internação hospitalar. Após a alta hospitalar, os pacientes deverão ser encaminhados ao ambulatório da respectiva especialidade conforme item 7 abaixo.

## 5. **PENDÊNCIAS RELACIONADAS A PARECERES DE OUTRAS ESPECIALIDADES:**

Pacientes que apresentem condições clínicas estáveis e sem comprometimento funcional que justifique abordagem imediata do especialista, devem ser encaminhados para avaliação ambulatorial, a fim de não postergar a alta hospitalar.

## 6. **ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):**

### 6.1. Revisão clínica após a alta:

Para os pacientes que apresentaram quadros graves ou críticos de COVID-19, independentemente da idade ou da presença de doenças crônicas, está recomendada uma revisão clínica presencial ou por teleatendimento, quando possível, até duas semanas após a alta hospitalar.

No momento da alta, o médico assistente deve preencher o formulário de Contrarreferência à APS disposto nos anexos. O formulário deve ser enviado à Gerência Interna de Regulação (GIR) da unidade.

Pacientes que já estiverem em domicílio, mas ainda cumprindo o período de isolamento - que, conforme disposto no item 8 abaixo, é de pelo menos 20 dias a partir do início dos sintomas nos casos críticos e/ou de pacientes imunossuprimidos -, só poderão ser avaliados presencialmente em consultório comum ou por visita domiciliar após o término do período de isolamento. Nos casos em que houver a necessidade de avaliação presencial antes do término desse período, deve-se atender o paciente como um Usuário Sintomático Respiratório (USR), devido às precauções necessárias para gotículas e aerossóis.

### 6.2. Sinais e sintomas persistentes:

Durante o seguimento desses pacientes, é comum a apresentação de sinais e sintomas persistentes, tais como: cefaleia, déficit de atenção e déficit de memória; sinais e sintomas ansiosos e depressivos, TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e SPCI (Síndrome Pós Cuidados Intensivos); transtornos do olfato e do paladar, zumbido; palpitações, taquicardia e insuficiência cardíaca; dispneia, dispneia aos esforços físicos, tosse, dor torácica e redução da capacidade pulmonar; eflúvio telógeno (queda de cabelo transitória e auto-limitada associada a infecções virais, entre outros fatores desencadeantes) e outros menos frequentes.

Cabe à APS a avaliação desses sinais e sintomas, seu acompanhamento e, quando necessário, seu encaminhamento ao respectivo especialista focal, conforme disposto nos

próximos itens abaixo.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e os Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem realizar atendimentos individuais, visitas domiciliares, discussões de caso e atividades diversas de educação em saúde, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos sinais e sintomas persistentes pós-COVID. As atividades coletivas devem ser realizadas considerando as orientações gerais acerca da retomada das atividades coletivas no âmbito da APS no contexto da pandemia (COVID-19), conforme abordado na [Nota Técnica N.º 4/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF/GASF Brasília-DF](#), de 01 de Outubro de 2020.

## 7. **ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PELA ATENÇÃO SECUNDÁRIA:**

Os pacientes que apresentarem os sinais, sintomas e/ou alterações em exames complementares abaixo listados deverão ser encaminhados para avaliação pela Atenção Secundária.

### 7.1. **Pneumologia**

Pacientes que apresentaram acometimento pulmonar grave, ao receberem alta devem ser encaminhados à pneumologia, conforme critérios estabelecidos pela Nota Técnica nº 10/2020 - SES/SAIS/COASIS CRITÉRIOS E FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS DOS PACIENTES EGRESSOS DE INTERNAÇÃO POR COVID-19 NA SES-DF, com prioridade amarela. São eles:

- Pacientes que foram internados por doença pulmonar grave por COVID-19:

- Acometimento pulmonar > 50% em TC de tórax e/ou
- Uso de ventilação mecânica invasiva.

- Pacientes que receberam alta em uso de oxigenoterapia domiciliar.

Os pacientes com doença pulmonar que não atende a esses critérios serão acompanhados pela APS e, caso o médico avalie que há a necessidade de avaliação pela pneumologia, deverá encaminhar o paciente conforme critérios gerais de encaminhamento à especialidade.

### 7.2. **Hematologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentem as condições clínicas abaixo:

- Doença Falciforme ou talassemias;
- Neoplasias onco-hematológicas;
- Pacientes com eventos tromboembólicos durante a internação.

### 7.3. **Reumatologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentaram descompensação ou desenvolveram as condições clínicas abaixo:

- Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- Esclerose sistêmica;
- Dermatomiosite/Polimiosite;
- Vasculites;
- Artrite reumatóide;
- Espondiloartrites;
- Síndrome do anticorpo anti-fosfolípide;

#### 7.4. **Infectologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e as condições clínicas abaixo:

- Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e:

- sem uso de terapia antiretroviral e/ou
- contagem de CD4 < 350 e/ou
- doenças oportunistas ainda em tratamento;

- Tuberculose extra-pulmonar diagnosticada recentemente;

- Doença fúngica invasiva (especialmente aspergilose, histoplasmoze, criptococose, paracoccidiodomicose).

#### 7.5. **Cardiologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentaram uma ou mais das condições clínicas abaixo:

- Quadro de insuficiência cardíaca durante a internação, de causa conhecida ou não (especialmente miocardite);
- Persistência de dor torácica secundária a pericardite ou complicações como derrame pericárdico;
- Infarto miocárdico de origem trombo-embólica;
- Registro de fibrilação atrial durante o quadro infeccioso;
- Episódio de parada cardio-respiratória de origem indeterminada;
- Arritmias malignas (como taquicardia ventricular sustentada e fibrilação ventricular) durante a internação, excluindo causas metabólicas e distúrbios hidroeletrólíticos.

#### 7.6. **Gastroenterologia e Hepatologia:**

Pacientes que foram internados por COVID 19 e que apresentem uma ou mais das seguintes condições clínicas:

- Doença de Crohn/Retocolite Ulcerativa em imunossupressão;

- Câncer do trato gastrointestinal - incluindo câncer de fígado e vias biliares;
- Cirrose hepática;
- Hepatite auto-imune em imunossupressão.

#### 7.7. **Neurologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentaram uma ou mais das condições clínicas abaixo:

- Cefaleia pós-COVID com mais de 10 dias de evolução refratária a uso de AINE por 7 dias em dose efetiva;
- AVC isquêmico ou hemorrágico associado a COVID com menos de 3 meses de evolução;
- Delirium ou síndrome demencial após internação por COVID-19 com mais de 15 dias de evolução;
- Mononeurite múltipla;
- Epilepsia descompensada – crises não controladas (semanais ou com necessidade de atendimento de emergência) mesmo com tratamento instituído;
- Condições desmielinizantes pós-COVID-19 e pós-vacinal.

#### 7.8. **Nefrologia:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentaram a condição clínica abaixo:

- Persistência de alteração de função renal, com ClCr < 30 ml/min, mas que não estejam em hemodiálise.

#### 7.9. **Saúde Mental:**

Pacientes que foram internados por COVID-19 e apresentaram transtornos da saúde mental devem ser encaminhados para os atendimentos da atenção especializada conforme critérios:

- Crianças e Adolescentes: Serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Atenção Secundária, de acordo com a Nota Técnica SEI-GDF nº 1/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM;
- Adultos: Serviços de Saúde Mental da Atenção secundária de acordo com a Nota Técnica SEI-GDF nº 2/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM.

#### 7.10. **Doenças Genéticas:**

- Doença de Gaucher;

- Doença de Fabry;
- Mucopolissacaridoses;
- Erros inatos do metabolismo.

## 8. TEMPO DE ISOLAMENTO:

Conforme disposto nas [Diretrizes sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico-Farmacológico da COVID-19 em Adultos](#):

### “6.1. CASO SUSPEITO:

Manter em coorte de casos suspeitos, preferencialmente até a alta.

Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios

Pacientes críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

Caso o paciente receba alta hospitalar antes do término do período de isolamento, deverá manter isolamento domiciliar.

### 6.2. CASO CONFIRMADO:

Manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta.

Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.

Pacientes críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

Caso o paciente receba alta hospitalar antes do término do período de isolamento, deverá manter isolamento domiciliar.

Observação: Atendendo temporariamente ao número crescente de casos de COVID-19 e de pacientes suspeitos e confirmados que necessitam de internação hospitalar, na ausência de espaço físico



separado na mesma UTI ou enfermaria que comporte apenas casos suspeitos, poderá ser admitido o isolamento por coorte de pacientes com SRA.”

## 9. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

No momento da alta, o médico assistente deve preencher o [formulário de Contrarreferência à APS](#) disposto nos anexos. Esse formulário deve ser enviado à Gerência Interna de Regulação (GIR) da unidade.

Casos elegíveis para atenção domiciliar, conforme Nota Técnica Portaria GM/MS nº 825/2016, serão avaliados pelo NRAD.

Em caso de necessidade de atenção domiciliar, deverá ser preenchido Formulário de Avaliação Domiciliar (FAD) (vide páginas 20, 21 e 22 do protocolo de [Desospitalização para pacientes internados em enfermarias do Distrito Federal](#)) e encaminhado ao NRAD da região de saúde.

Pacientes com indicação de cuidados paliativos e necessidade de internação poderão ser encaminhados ao Hospital de Apoio caso estejam fora da janela de transmissibilidade. Para informações mais detalhadas sobre os cuidados paliativos no contexto da COVID-19, consultar [nota técnica específica](#).

Pacientes em situação de vulnerabilidade social deverão ser avaliados pelo Serviço Social com vistas à resolução de demandas referentes a desospitalização.

No caso das pessoas privadas de liberdade, os procedimentos de alta deverão ser realizados, incluindo relatório/sumário de alta, e o retorno estabelecido conforme Nota Técnica N.º 3/2021 - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP - Fluxo da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade.

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

## 10. COLABORADORES:

- Raquel Vaz Cardoso- GESFAM/DESF/COAPS/SAIS/SES
- Denise Leite Ocampos - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP
- Paula Zeni Miessa Lawall - DAEAP/COAPS/SAIS/SES
- Lívia Vasco Mota - GESSP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES
- Géssica Moreira Andrade Gomes - RTD pneumologia
- Daniela Mariano Carvalho Louro - RTD Gastroenterologia
- Adriana Ferreira Barros Areal - RTD Neurologia
- Fernanda Benquerer Costa - RTD Psiquiatria
- Rodrigo Aires Correa Lima - RTD Reumatologia
- Maria Teresinha de Oliveira Cardoso - RTD Doenças Raras
- Aline Helou Cupertino de Barros - GESAD/DSINT/CATES/SAIS

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020; Publicação online 28 fevereiro. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
2. Qiubai Li 1 et al. Leukemia (2020), 34:2163–2172. <https://doi.org/10.1038/s41375-020-0910-1>
3. Sílvia L. O. Toledo et al. COVID-19: Review and hematologic impact; Available online 11 July 2020. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.07.016>
4. Uptodate.com acessado em março de 2021
5. 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). Nota Técnica N.º 2/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19.
6. Dehan Liu et al. The pulmonary sequelae in discharged patients with COVID-19: a short-term observational study. Respiratory Research (2020) 21:125. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01385-1>
7. Xiaoyu Han et al. Six-Month Follow-up Chest CT findings after Severe COVID-19 Pneumonia; Radiology. 2021 Apr;299(1):E177-E186. doi: 10.1148/radiol.2021203153. Epub 2021 Jan 26
8. Colégio Brasileiro de radiologia e diagnóstico por imagem. Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19 Versão 3 - 09/06/2020 (on line)
9. Sorologia para verificar resposta à vacina Covid-19. Circular n.º 13/2021 - SES/SVS/DIVEP/GEVITHA (00060-00126448/2021-71)
10. Fluxo de Atendimento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) da SES/DF . Nota Técnica N.º 4/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD, 26 de maio de 2020. <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/FLUXO-DE-ATENDIMENTO-DO-PROGRAMA-DE-OXIGENOTERAPIA-DOMICILIAR-POD-DA-SECRETARIA-DE-ESTADO-DE-SA%C3%9ADE-DO-DISTRITO-FEDERAL-SESDF.pdf>
11. M. Hardy et al; Management of the thrombotic risk associated with COVID-19: guidance for the hemostasis laboratory; [Thrombosis Journal](#) volume 18, Article number: 17 (2020)



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3, Membro da Câmara Técnica**, em 16/05/2021, às 08:33, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS - Matr.0154929-4, Membro da Câmara Técnica**, em 16/05/2021, às 11:51, 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 16/05/2021, às 15:29, 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 16/05/2021, às 17:06, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 16/05/2021, às 19:00, 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 **JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS - Matr.1664102-7, Membro da Câmara Técnica**, em 16/05/2021, às 19:46, 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 17/05/2021, às 10:23, 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 **LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE - Matr.0000097-7, Membro da Câmara Técnica**, em 17/05/2021, às 10:35, 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 **MILENA ZAMIAN DANILOW - Matr.1677223-7, Membro da Câmara Técnica**, em 17/05/2021, às 14:19, 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 17/05/2021, às 14:44, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SAMARA FURTADO CARNEIRO - Matr.0196789-4, Membro da Câmara Técnica**, em 17/05/2021, às 16:15, 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 18/05/2021, às 10:08, 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 18/05/2021, às 11:09, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ALEXANDRE GARCIA BARBOSA - Matr.0139106-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 22/05/2021, às 20:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=61895773)  
verificador= **61895773** código CRC= **D6C0CFF1**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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