



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

NOTA TÉCNICA Nº 133/2021-CGAHD/DAHU/SAES/MS

1. ASSUNTO: RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR E DAR CONTINUIDADE AO CUIDADO DO PACIENTE EM CONDIÇÕES RELACIONADAS AO PÓS COVID-19 EM DOMICÍLIO.

I. Introdução:

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo corona vírus SARS-CoV-2, identificada pela primeira vez em 2019, com elevada transmissibilidade.

Sua disseminação ocorreu de forma muito rápida, à qual foi declarada situação de Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 e, posteriormente, decretado estado de calamidade em resposta à emergência de saúde pública relacionada à Covid-19 no Brasil. Em todo o mundo tem-se observado manifestações clínicas após o período da doença aguda. Assim, a atenção voltou-se para identificação das sequelas, pois a doença afeta vários sistemas, e já foi demonstrado que causa comprometimento da função pulmonar, física e redução na qualidade de vida.

Com a identificação das sequelas pós-agudas causadas pela SARS-CoV-2, observa-se a importância em aprimorar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, voltado ao atendimento de reabilitação pós-COVID-19. Este documento tem como objetivo oferecer recomendações para identificar e dar continuidade do cuidado em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma articulada para o acompanhamento do paciente em domicílio.

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Ao mesmo tempo em que melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Após uma enquête entre os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ligados ao Programa Melhor em Casa, observou-se que houve aumento importante na demanda dos serviços devido as condições pós-COVID-19. Portanto, é fundamental redesenhar o sistema de saúde de forma a potencializar as competências e intervenções de cada área dentro da RAS, para a plena recuperação da pessoa acometida.

As pessoas acometidas são portadoras de sinais e sintomas multiorgânicos, que se desenvolveram durante ou após uma infecção compatível com COVID-19, e que se mantém de 4 a 12 semanas, e não se explica por nenhum outro diagnóstico alternativo. As principais teorias para justificar esta situação são: a persistência viral, ou de seus fragmentos; tempestade inflamatória com consequentes alterações imunitárias; o surgimento de auto anticorpos.

A finalidade deste documento é prover recomendações especialmente direcionadas às equipes que fazem assistência domiciliar, cuidando de indivíduos que apresentam manifestações pós-COVID-19 incapacitantes, temporárias ou definitivas.

II. Caracterização clínica das condições pós-COVID-19:

Pela ocorrência de manifestações clínicas persistentes, como sequelas e/ou complicações tardias, ou de longo prazo da infecção pelo SARS-CoV-2, o Ministério da Saúde utilizará o termo de CONDIÇÕES PÓS-COVID-19, o mesmo adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na literatura de referência, este termo vem sendo classificado em duas formas:

- (a) COVID-19 sintomática subaguda ou contínua, que inclui sintomas e anormalidades presentes de 4 a 12 semanas, além da fase aguda da doença, e;
- (b) síndrome crônica ou pós-COVID-19, que inclui sintomas e anormalidades persistentes ou presentes por mais de 12 semanas do início da doença e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (2).

Foram identificadas 12 revisões sistemáticas, as quais apresentaram uma diversidade de manifestações clínicas e laboratoriais de condições pós-COVID-19, e as que mais se destacaram, foram:

- respiratórias: dispneia, fadiga e tosse;
- neurológicas: cefaleia e perda de memória;
- psicopatológicas: depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade;
- cardiovasculares: miocardite e palpitações;
- musculoesqueléticas: dor, principalmente nas articulações;
- distúrbio do sono: dificuldade de dormir/insônia;
- gastrointestinais: vômitos e perda de apetite;
- otorrinolaringológicas: ageusia e anosmia;
- renais e geniturinárias: epididimite e orquite;
- outras manifestações: calafrios, febre, tontura e outras manifestações relacionadas ao sistema tegumentar e qualidade de vida.

As manifestações clínicas agudas da COVID-19 em crianças são geralmente leves em comparação com as que ocorrem em adultos. No entanto, desde maio de 2020, têm sido observados casos de síndrome hiperinflamatória na população pediátrica que pode levar à falência de múltiplos órgãos e choque, agora descrita como síndrome inflamatória multissistêmica (SIM) em crianças e adolescentes que coincide temporalmente com a COVID-19.

Considerando que se trata de uma doença nova e ainda em curso em boa parte do mundo, as informações trazidas por vários estudos e que têm sido publicadas em curto espaço de tempo, há necessidade constante de atualização. Nesse sentido, é importante acompanhar esses estudos, pois os resultados são dinâmicos e podem trazer atualizações que alterem os resultados aqui apresentados.

Entre as manifestações mais graves estão: fibrose pulmonar, dano miocárdico viral (direto ou mesmo como consequência das longas internações hospitalares e em UTI) com redução de função sistólica, arritmias, distúrbios tromboembólicos, déficit neuro cognitivo e Síndrome de Guillain-Barré. Essas manifestações se sobrepõem com as da síndrome pós UTI (PICS *Post-Intensive Care Syndrome*). Os sintomas podem apresentar padrão intermitente, com dias de remissão e aparente melhora, seguido de períodos de nova piora e assim por diante. O tempo para a recuperação é variável, e pode estar associado aos fatores de risco prévios e da gravidade da doença. Pacientes hospitalizados, em particular os gravemente enfermos, são mais propensos a terem um curso mais prolongado do que aqueles com doença leve e que não necessitaram de internação.

III. Transmissibilidade/isolamento e procedimentos utilizados:

Até o momento não há evidências que indiquem, que pessoas com sintomas persistentes apresentam infecção viral ativa, pois a carga viral em amostras respiratórias superiores diminui consideravelmente na primeira semana após o início dos sintomas. Embora, as pessoas infectadas possam produzir amostras positivas de PCR por até 12 semanas, os estudos até o momento não demonstraram a viabilidade viral nessas amostras, portanto, provavelmente indicam apenas a persistência de fragmentos virais. Na maioria dos casos, após 10 dias do início da doença, a presença de vírus passível para cultura viral se aproxima de zero. Em casos graves (SRAG/hospitalizados) ou gravemente imunossuprimidos, esse tempo pode ser de até 20 dias. Os casos devem seguir as recomendações habituais vigentes para atendimento aos pacientes e descontinuação do isolamento, a saber:

- Para doença leve a moderada e sem imunossupressão: encerrar o isolamento ao menos 10 dias a partir do início dos sintomas; E 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos; E melhora dos sintomas respiratórios.
- Para doença grave (Síndrome Respiratória Aguda Grave- SRAG/hospitalizados) ou gravemente imunocomprometidos: ao menos 20 dias a partir do início dos sintomas; E 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos; E melhora dos sintomas respiratórios.

Os procedimentos utilizados com mais frequência na Atenção Domiciliar (AD) para o pós Covid são:

- Todos que envolvem alguma modalidade de reabilitação;
- Todos que envolvem consultas gerais de equipe multiprofissional e aferição de dados, incluindo saturimetria.

Os códigos de procedimentos a serem usados no sistema de informação para caracterizar atendimento pós-COVID-19, são OS MESMOS já usados no E-SUS, mas acrescido do **CID U09-9**.

Durante a enquête realizada junto aos SADs, obteve-se 229 respondentes, o que significa mais de 45% dos serviços ligados ao Melhor em Casa, os mesmos afirmaram que as principais procedimentos de reabilitação realizadas são fisioterapia respiratória, motora e reabilitação nutricional conforme figura 1.

Quais os principais procedimentos realizados nos pacientes admitidos por pós-c
daqueles realizados pelo médico e enfermeiro?(Podem ter múltiplas respostas)
229 respostas

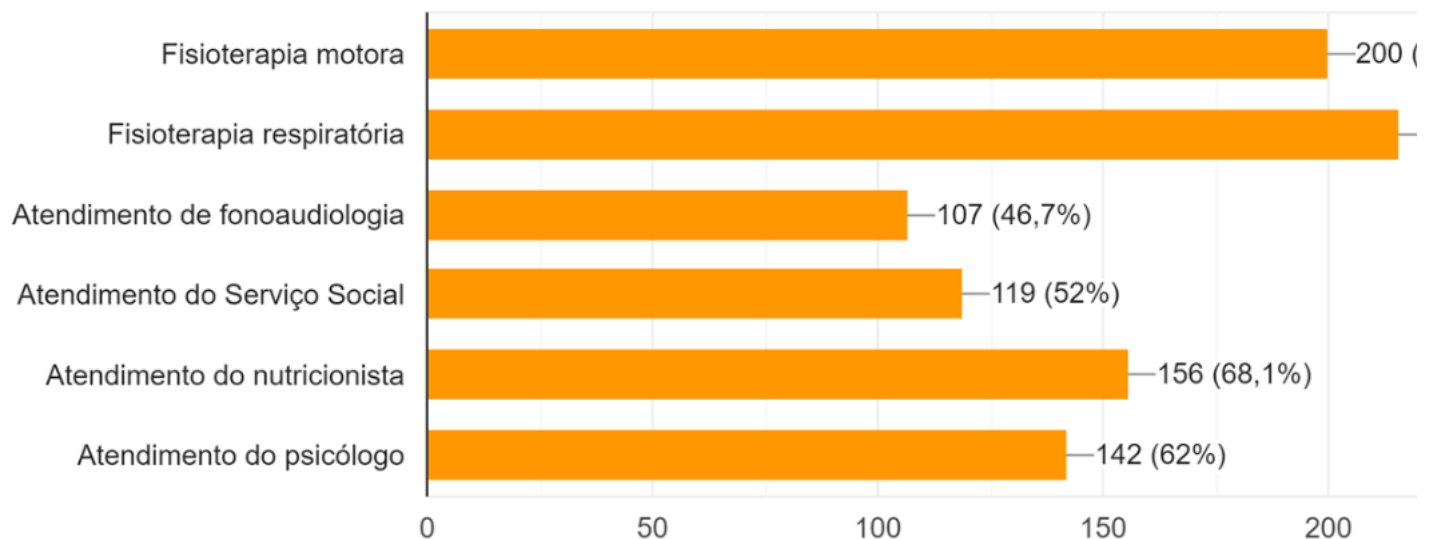


Figura 1 – Principais procedimentos realizados na assistência domiciliar no pós covid19.

IV. Avaliação e manejo dos sintomas em condição pós-COVID [TA1] -19

A primeira medida é certificar-se da estabilidade da pessoa acometida, para que permita o acompanhamento dos cuidados em domicílio. A recomendação básica é de tratamento sintomático e suportivo, evitando excesso de solicitações de exames [CSGdAP2] [TA3]. Salienta-se, que a abordagem multidisciplinar, de todas as categorias profissionais que compõe a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) com uma visão sistêmica dos diversos problemas potenciais destes pacientes, propicia uma resposta mais eficaz e efetiva. Todos as pessoas que tiveram diagnóstico de COVID-19, especialmente entre os que desenvolveram quadros mais graves, devem ter avaliadas rotineiramente sua mobilidade, funcionalidade, deglutição, deficiências

cognitivas e problemas de saúde mental. (2) E, com base nessa avaliação, elaborar o plano terapêutico singular. Pois, a literatura mostra achados que se referem à sarcopenia, distúrbios nutricionais, surgimento ou piora de fragilidades e dependências, inclusive no campo emocional.

O questionamento inicial ao paciente deve ser:

Pensando em suas funções e atividades antes de sua infecção pela COVID-19, há algum novo problema ou sintoma que o preocupa?

Em geral esta pergunta desencadeará uma série de dúvidas, apontamentos e sentimentos, a partir dos quais se poderá traçar os objetivos do tratamento e elencar todos os profissionais necessários para tal.

O Projeto REAB PÓS COVID, elaborou um *check list* com questões interessantes sobre as atividades diárias que se inicia com a seguinte pergunta: *Você é capaz de...* (questionar apenas o que for apropriado à pessoa):

- *Desempenhar atividades laborais?*
- *Fazer atividades de lazer?*
- *Realizar compras e/ou outras atividades em comunidade, dirigir?*
- *Executar atividades domésticas?*
- *Comer sozinho, engolir sem dificuldade?*
- *Higienizar-se, tomar banho e se vestir?*
- *Movimentar-se em casa, incluindo subir escadas?* (Questionar sobre quedas, se apropriado)
- *Conversar com outras pessoas?*
- *Manter relacionamentos com parentes e amigos?*
- *Como está seu ânimo e a sua disposição?*
- *Existem outras questões que você gostaria de mencionar ou que o preocupam?*

Recomenda-se sempre que possível a auto monitorização de saturação de oxigênio por oxímetro de pulso, para todos os pacientes que apresentem dispneia, por pelo menos 3 a 5 dias, devido a elevada frequência com que ocorre dessaturação espontânea.

É necessário alertar que, apesar das múltiplas e preocupantes manifestações relacionadas à COVID-19, não se pode deixar de abordar adequadamente as doenças prévias, especialmente as de caráter crônico, evitando assim, a piora do estado geral do paciente. Faz parte das atribuições dos profissionais de saúde a orientação quanto à adequada alimentação, sono, uso de tabaco e álcool.

O retorno gradual às atividades físicas habituais deve ser encorajado de acordo com a tolerância individual. Por fim, a escuta atenta para detecção de alterações, ainda que sutis, da saúde mental e memória, é fundamental para encaminhamento correto e oportuno.

Avaliações Funcionais

Por esta recomendação se tratar de avaliações e condutas em AD, a opção por testes simples que avaliam a capacidade funcional e, consequentemente, a qualidade de vida do paciente, se faz necessária, como os descritos abaixo. Muitos deles podem ser avaliados de modo prático, sem muitos dispositivos para sua aplicação.

Desse modo, a avaliação singular por uma equipe multidisciplinar direciona o plano terapêutico adequado com foco em realizações específicas dos exercícios, orientações, acompanhamento (presencial ou por telerreabilitação) e encaminhamento para a atenção secundária, se necessário.

As disfunções respiratórias podem ser avaliadas desde testes da força musculatura respiratória, níveis de oxigênio arterial (oximetria de pulso) e função ventilatória.

A redução da força muscular pode ser avaliada por testes e dispositivos, porém existem questionários que podem auxiliar nesta avaliação. Existem também variações para análise da perda do equilíbrio e a diferença entre eles dependerá da amplitude de variações observadas por profissional e tempo disponível para realizá-las.

Do mesmo modo, há inúmeros testes para avaliar cada uma das limitações funcionais do paciente e que podem ser aplicados em pacientes Pós-COVID-19, porém são descritos aqueles que podem ser realizados em domicílio de modo prático.

Assim, abaixo, estão descritas sugestões de métodos de avaliação para identificar a redução da tolerância ao exercício e a variação depende da disponibilidade de material e local disponível para o teste:

- **Redução da tolerância ao exercício:** Teste do Degrau de 6 Minutos (TD6M), Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto (TLS1).
- **Disfunções Respiratórias:** Manovacuometria; Fico de fluxo expiratório;
- **Redução da força muscular esquelética:** Dinamometria de preensão palmar, *Medical Research Council* (MRC); e Teste de 1 repetição máxima (1RM).
- **Alteração de mobilidade e equilíbrio:** Teste de velocidade de marcha; *Time up and go* (TUG).

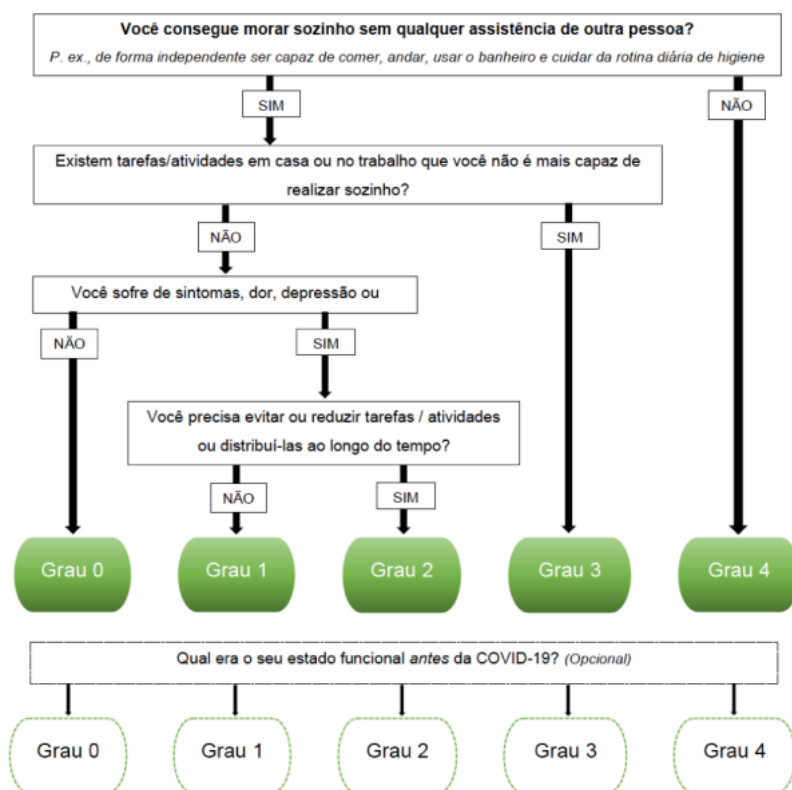
A Escala do estado funcional Pós-COVID-19 (Post-COVID-19 *Functional Status Scale* - PCFS), foi recentemente traduzida para o português do Brasil e tem sido excelente estratégia para avaliar limitações após infecção por SARS-CoV-2. A escala PCFS abrange toda a extensão dos desfechos funcionais, por estar focada nas limitações de tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho/escola, assim como mudanças no estilo de vida.

Esse questionário pode ser auto aplicado (Tabela x), ou há possibilidade de fluxograma para aplicação (Figura x). A escala tem 6 possibilidades de gradação de 0 (zero: sem sintomas), 4 (quatro: limitação funcional grave), a 5 (cinco: morte). Pode ser aplicada na alta hospitalar e também no acompanhamento ambulatorial para avaliar e acompanhar o estado funcional.

Graus da escala PCFS	Descrição
0 Nenhuma limitação Funcional	Sem sintomas, dor, depressão ou ansiedade
1 Limitações Funcionais Muito Leves	Todas as tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas com a mesma intensidade, apesar de alguns sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
2 Limitações Funcionais Leves	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas em menor intensidade ou são ocasionalmente evitadas devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
3 Limitações Funcionais Moderadas	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho foram modificadas estruturalmente (reduzidas) devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
4 Limitações Funcionais Graves	Necessário assistência para as Atividades de Vida Diária (AVD), devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade: requer atenção de cuidadores.
M Morte	-

Fonte: <https://osf.io/tgwe3/>

Fonte: <https://osf.io/tgwe3/>



Fonte: <https://osf.io/tgwe3/>

5. Teleconsulta/ Telemonitoramento/telerreabilitação:

Uma das principais heranças desta pandemia, no mundo todo, foi o incremento importante e incorporação da utilização de recursos virtuais no cuidado à saúde, visando a redução da possibilidade de contágio e ampliação de acesso a especialistas e recursos propedêuticos.

Nesse contexto, como estratégia para manutenção dos atendimentos de maneira segura e respeitando os protocolos de saúde, os serviços de atendimento remoto passaram a ter maior evidência e consequentemente, maior utilização.

Em diversos países, formas alternativas já são utilizadas para substituir a consulta médica presencial quando há necessidade, apesar de suas limitações, da necessidade de se investigar situações e contextos, a teleconsulta é segura e eficaz. A consulta médica por vídeo pode apresentar resultados equivalentes aos da consulta presencial principalmente para as pessoas acometidas por doenças crônicas, como o diabetes mellitus, asma, doença renal, doença obstrutiva pulmonar, saúde mental e dor crônica, entre outros benefícios.

Na Atenção Domiciliar não foi diferente, e em 2020 a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar do Ministério da Saúde, ao lançar a Nota Técnica 09 sobre o papel da AD na pandemia, sugeriu uma ficha para ser aplicada no telemonitoramento diário por telefone, das equipes dos SADs aos pacientes domiciliados, tanto vítimas da COVID-19, quanto de outras patologias. A utilização do teleatendimento expandiu as possibilidades no fazer terapêutico, uma vez que este tipo de atendimento pode gerar uma reaproximação com o usuário, permitindo descobrir diversos contextos e vivenciar situações distintas do modelo terapêutico usual, aproximando os profissionais da rotina e dos recursos domiciliares.

Nas condições pós covid, as mesmas estratégias podem ser aplicadas, de maneira complementar ao cuidado presencial, alternando visitas presenciais e virtuais, e prontos a oferecer o contato com a família e as orientações virtuais necessárias.

Alguns SADs no país dispõe de tecnologia avançada, como equipamentos para ventilação mecânica domiciliar, que permitem monitoramento dos dados vitais e ajuste de parâmetros, remotamente.

A telereabilitação é definida como a aplicação de tecnologias de telecomunicações para administrar cuidados de reabilitação, de modo que a pessoa receba esses cuidados supervisionados na sua casa ou em qualquer outro lugar. Consiste na capacitação para a gestão da doença respiratória e exercício físico.

O atendimento não presencial, independente de sua modalidade, pode ser realizado de forma síncrona, quando profissional e paciente estão em comunicação simultânea, ou de forma assíncrona quando a comunicação não ocorre de forma simultânea (COFFITO, 2020). Quanto à telereabilitação no contexto do SAD, os atendimentos síncronos se tornam essenciais para a manutenção e estimulação dos exercícios e orientações, uma vez que, ao depender da frequência de visitas domiciliares, o engajamento da atividade e/ou exercício físico pode efetivar a terapia em relação à reabilitação. E isso se comprova com as avaliações e reavaliações sistemáticas, originando indicadores assistenciais e funcionais e, principalmente, garantindo a assistência ao paciente em internação domiciliar.

Recomendações do MS para treinamento e capacitação on line para as condições pós covid:

- Curso EAD UFMA/UNASUS/DAET <https://covid.saiteava.org/course/view.php?id=4&page=introduction>

- Site do MS

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/capacitacao>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Decreto legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 mar. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Instituto Siro Libanês, PROADI 2021. **E-book Projeto Reab pós-Covid-19**. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/e-book-projeto-reab-pos-covid/view> , consultado em 04/outubro /2021

Brasil. Resolução COFFITO no 516, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO no 424/2013 no Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO no 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. **Diário Oficial da União no 56**. Seção 1, de 23/03/2020. Brasília/DF.

Catapan SC, Calvo MCM. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2020 mar [citado 2020 abr 20];44(1):e002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>

Silva, Bezerra JJ, Nascimento, ACB. Terapia Ocupacional e Telessaúde em tempos de COVID-19/Occupational Therapy and telessaúde in Covid-19 times. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 4, n. 6, p. 1013-1022.

Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-world implementation of video outpatient consultations at macro, meso, and micro levels: mixed-method study. **J Med Internet Res** [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Jan 08];20(4):e150. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.9897>

Guia clinico para la atencion al paciente Long Covid/Covid persistente. **Documento colaborativo entre colectivos de pacientes y sociedades científicas**.

Holland AE, Hill CJ, Rochford P, Fiore J, Berlowitz DJ, McDonald CF. Telerehabilitation for people with chronic obstructive pulmonary disease: Feasibility of a simple, real time model of supervised exercise training. **J Telemed Telecare**. 2013;19(4):2226.

Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **MedRxiv**. 1º de janeiro de 2021;2021.01.27.21250617.

MACHADO FVC, Meys R, Delbressine, JM et al. Construct validity of the Post-COVID-19 Functional Status Scale in adult subjects with COVID-19. **Health Qual Life Outcomes**. 2021.

Milhomens LM, Luquine CDJ, Domene FM, Silva JL, et al. **Protocolo de Revisão Rápida**. Manifestações clínicas persistentes, sequelas e complicações após a Covid – 19. 2021.

Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute Covid-19 syndrome. **Nat Med**. 2021.

Negrini F, de Sire A, Andrenelli E, Lazzarini SG, Patrini M, Ceravolo MG. Rehabilitation and COVID19: the Cochrane Rehabilitation 2020 rapid living systematic review. Update as of July 31st, 2020. **Eur J Phys Rehabil Med**. 2020;56(5):652–7.

NOGUEIRA, I.C., FONTOURA, F.F., CARVALHO, C.R.F. Recomendações para avaliação pós-COVID-19. **Comunicação oficial**. Assobrafir. 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. **Alerta Epidemiológico**: Complicações e sequelas da Covid-19. 12 de agosto de 2020, Washington D.C.: PAHO/WHO; 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=alertaepidemiologico-complicacoes-e-sequelas-da-Covid-19&Itemid=965.

OPAS. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Banco de notícias**. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 27 de outubro de 2021.

Revisão Rápida: Manifestações clínicas e laboratoriais da Covid-19 longa. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/fvc4l9j124zfbg3/27_Protocolo_Covid-Longa.pdf

Santos, Weverson S, et al. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 433-453, 2020.

Milhomens LM, Luquine CDJ, Domene FM, Silva JL, et al. **Protocolo de Revisão Rápida**. Manifestações clínicas persistentes, sequelas e complicações após a Covid – 19. 2021.

À consideração da Direção do DAHU/SAES para, se de acordo, dar prosseguimento ao GAB/SAES.

JARDENIA MARÇAL ROSA

Coordenadora-Geral

CGAHD/DAHU/SAES/MS

Ciente.

Encaminhe-se ao GAB/SAES, consoante proposição.

ADRIANA MELO TEIXEIRA

Diretora

DAHU/SAES/MS

SERGIO YOSHIMASA OKANE

Secretário

SAES/MS

ROSANA LEITE DE MELO

Secretária

SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE ENFRENTAMENTO À COVID - 19/MS



Documento assinado eletronicamente por **Jardênia Marçal Rosa**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar**, em 08/11/2021, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Melo Teixeira**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 08/11/2021, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosana Leite de Melo, Secretário(a) Extraordinário de Enfrentamento à COVID-19**, em 11/11/2021, às 12:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sergio Yoshimasa Okane, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 11/11/2021, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0023660973** e o código CRC **F4D062A6**.

Referência: Processo nº 25000.163532/2021-11

SEI nº 0023660973

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar - CGAHD
SETOR SRTVN Quadra 701 Lote D, S/N - 3º andar - Edifício PO 700 - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br