

NORMA

NÚMERO: 004/2020
DATA: 23/03/2020
ATUALIZAÇÃO: 19/04/2021

ASSUNTO: **Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19**
PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, SARS-CoV-2, SNS24, Áreas Dedicadas
PARA: Sistema de Saúde
CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO

- Grupos específicos cumprem o disposto na presente Norma com as devidas adaptações constantes nas Orientações (ponto 3)
- Referência a sintomas na idade pediátrica (ponto 5)
- Atualização da recomendação de terapêutica com Remdesivir (ponto 40)
- Revisão dos critérios de fim das medidas de isolamento (pontos 47 e 48)

A rápida evolução científica impõe uma atualização permanente da abordagem clínica das pessoas com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2, que se fundamente na evidência crescente, particularmente ao nível dos fatores determinantes da infecciosidade, e das opções para terapêutica, entretanto disponíveis.

Considerando estes aspetos essenciais para a resposta adequada, atempada e articulada de todo o sistema de saúde, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde procede à atualização da Norma 004/2020:

1. O modelo de abordagem de casos suspeitos e confirmados de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) é implementado através das medidas e ações das várias entidades do Ministério da Saúde, nos termos do Anexo 1 da presente Norma.
2. A reorganização das unidades hospitalares estabelecida pela presente Norma não se aplica, entre outras definidas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), ao **Instituto Português de Oncologia** cujas unidades em Coimbra, Lisboa e Porto constituem unidades *COVID-19-free*, devendo garantir o encaminhamento dos casos suspeitos para as unidades prestadoras de cuidados de saúde apropriadas.
3. A abordagem clínica de grávidas, recém-nascidos, doentes renais crónicos em programa de diálise, doentes oncológicos, e pessoas residentes em ERPI ou estruturas similares, com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2, **cumpra o disposto na presente Norma**, com as devidas adaptações constantes nas orientações específicas para estes grupos.

4. Pelo princípio da precaução, a presente Norma, deve ser aplicada às pessoas vacinadas contra a COVID-19, até mais dados, incluindo os de efetividade vacinal, serem conhecidos.

ABORDAGEM DOS DOENTES COM SUSPEITA DE INFEÇÃO POR SARS-COV-2

5. São consideradas **suspeitas de infeção por SARS-CoV-2** as pessoas que apresentem:
 - a. Quadro de **infeção respiratória aguda** com, pelo menos, um dos seguintes sintomasⁱ:
 - i. Tosse *de novo*, ou com agravamento do padrão habitual;
 - ii. Febre (temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível;
 - iii. Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuívelⁱⁱ.
 - b. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.
6. Os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) **contactam o Centro de Contacto SNS24** (808242424) ou, de forma complementar, outras linhas telefónicas criadas para o efeito (pelas Administrações Regionais de Saúde, em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde, em Unidades de Saúde Familiar ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) e divulgadas a nível regional e local.
7. A avaliação pelo SNS24, ou pelas linhas telefónicas criadas para o efeito nas USF / UCSP, permite o encaminhamento dos doentes com suspeita de COVID-19 para (Diagrama):
 - a. **Vigilância clínica e isolamento no domicílio;**
 - b. **Avaliação clínica em Áreas Dedicadas** a Doentes com Infeção Respiratória Aguda nos Cuidados de Saúde Primários, na Comunidade (**ADR-C**);
 - c. **Avaliação clínica em Áreas Dedicadas** a Doentes com Infeção Respiratória Aguda nos Serviços de Urgência dos Hospitais (**ADR-SU**);
 - d. Intervenção da Emergência Médica Pré-Hospitalar, através do Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) do **INEM**.
8. Todos os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, nos termos do ponto 5 da presente Norma, são notificados na plataforma SINAV*Med*.

ⁱ Cefaleia, odinofagia, mialgias, vómitos e diarreia, isoladamente, não definem a doença, podendo ser integrados, conforme avaliação clínica, na suspeita de infeção por SARS-CoV-2. **Esta ponderação deve ser considerada particularmente em doentes pediátricos, em que rinorreia e sintomas gastrointestinais têm maior prevalência.** Sendo raro, deve ser pesquisado SARS-CoV-2 perante uma síndrome inflamatória multi-sistémica com febre persistente, sintomas gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca *de novo*.

ⁱⁱ Em crianças, particularmente na primeira infância, avaliar outras apresentações como tiragem, adejo nasal, taquipneia, cianose central.

9. Todos os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 são submetidos a **teste laboratorial para SARS-CoV-2**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
10. O teste laboratorial para SARS-CoV-2 é **requisitado**:
 - a. Pelo SNS24, para os doentes com indicação para vigilância e isolamento no domicílio;
 - b. Pelo médico das equipas das ADR-C ou ADR-SU, ou;
 - c. Por médico que, durante a avaliação clínica, considere a suspeita de COVID-19.
11. O teste laboratorial para SARS-CoV-2 é **realizado**, de forma a evitar deslocações excessivas:
 - a. Nos laboratórios selecionados para o efeito, preferencialmente em sistema de *drive-thru*;
 - b. No domicílio ou estrutura residencial, através de equipas qualificadas para o efeito;
 - c. Nos espaços definidos para a colheita de amostras respiratórias nas ADR.
12. Os resultados dos testes laboratoriais realizados nos termos do ponto 9 são disponibilizados ao doente e registados na plataforma *SINAVElab* e no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) pelo laboratório, no **prazo máximo de 12 horas após a sua realização**, com indicação do n.º de utente SNS, nome e data de nascimento, e dos dados geográficos da morada onde cumpre isolamento (freguesia e código postal), **e de forma a não serem ultrapassadas 24 horas desde a requisição do teste laboratorial e a obtenção do seu resultado**.
13. A investigação epidemiológica e implementação de medidas de controle são iniciadas a todos os doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2, nas primeiras **24 horas** após o resultado do teste laboratorial ser registado na plataforma *SINAVE*, nos termos da Norma 015/2020 da DGS.
14. Aos doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que têm a aplicação *STAYAWAY COVID* instalada, conforme disposto em Decreto-Lei n.º 52/2020 de 11 de agosto, é gerado um código de legitimação na plataforma *Trace COVID-19* para rastreio de contactos nos termos da Norma 015/2020 da DGS.

Vigilância Clínica e Isolamento no Domicílio

15. Têm indicação de permanecer no domicílio, sem necessidade de avaliação clínica inicial presencial em ADR, os doentes que reúnam **todos** os seguintes critérios (Anexo 2):
 - a. Idade inferior a 60 anos;
 - b. Sintomas ligeiros como febre por período inferior a 3 dias, com boa resposta a antipiréticos, e/ou tosse;
 - c. Ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;

- d. Ausência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas a risco de evolução para COVID-19 com gravidade.
16. As pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que sejam **assintomáticas** à data do diagnóstico têm indicação para **vigilância clínica e isolamento no domicílio**.
17. As equipas das USF/UCSP realizam a primeira avaliação telefónica **no prazo de 24-48 horas após o contacto com o SNS24**, ou com as linhas telefónicas criadas para o efeito.
18. Os doentes com indicação para vigilância e isolamento no domicílio são acompanhados pelas equipas das USF/UCSP até ser conhecido o resultado do teste laboratorial para SARS-CoV-2, cumprindo o disposto no Anexo 4 da presente Norma.
19. Os doentes com indicação de vigilância e isolamento no domicílio que **não disponham de condições de habitabilidade e/ou exequibilidade de isolamento no domicílio** (Anexo 2), são encaminhados para **estruturas residenciais alternativas**, criadas ou seleccionadas a nível regional ou local, em articulação intersectorial com o Centro Distrital da Segurança Social, as Entidades da Comissão Municipal de Protecção Civil e parceiros municipais.
20. Para efeitos do disposto nos números anteriores são garantidas as ações constantes no Anexo 1 da presente Norma e é utilizada a plataforma *Trace COVID-19*.
21. Após a realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2, nos termos da Norma 019/2020 da DGS:
- Perante um resultado **negativo**:
 - Num teste molecular**, os doentes seguem as recomendações das equipas das USF/UCSP, cessando a gestão na plataforma *Trace COVID-19*, exceto se forem contactos de casos confirmados, situação em que mantêm seguimento nos termos Norma 015/2020 da DGS.
 - Num teste rápido de antigénio (TRAg)**, deve ser realizado um teste molecular, em situações de forte suspeição clínica.
 - Perante um resultado **positivo**, num teste molecular ou TRAgⁱ, os doentes mantêm-se em vigilância pelas equipas das USF/UCSP, e isolamento no domicílio, nos termos do Anexo 4 da presente Norma, até determinação de fim de isolamento.
22. Às pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 é determinado o **confinamento obrigatório** pela Autoridade de Saúde territorialmente competente (Determinação de Isolamento) e emitido o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT) pelo Médico da equipa da USF/UCSP.

ⁱ Perante um resultado positivo num teste rápido de antigénio, o doente deve ser registado em *Trace COVID-19* após contacto com SNS24 ou equipa USF / UCSP, sem necessidade de realizar teste molecular confirmatório, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

Avaliação Clínica nas ADR-Comunidade

23. As ADR-Comunidade (ADR-C) são áreas dedicadas exclusivamente à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória aguda e colheita / realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, que cumprem as condições definidas no Anexo 3.
24. São encaminhados para ADR-C todos os doentes que:
- De acordo com o SNS24, com as linhas telefónicas criadas para o efeito, ou com a avaliação das equipas das USF / UCSP, têm indicação para avaliação clínica presencial na ADR-C (preferencialmente com pré-agendamento);
 - Têm idade superior a 60 anos, e/ou comorbilidades que não determinam o internamento hospitalar nem apresentam sintomas de descompensação clínica.
25. O transporte para ADR-C é realizado, preferencialmente, em veículo próprio, não devendo ser utilizados transportes públicos.
26. Conforme avaliação clínica de acordo com os critérios do Anexo 2, os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, são encaminhados:
- Para isolamento e vigilância clínica em domicílio por equipas da USF/UCSP, após:
 - Realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2 na ADR-Cⁱ;
 - Notificação em SINAVEmed e registo em *Trace COVID-19*, pela equipa da ADR-C;
 - Entrega do folheto anexo à Orientação 010/2020 da DGS;
 - Para avaliação em Serviço de Urgência, sendo referenciados para ADR-SU em veículo próprio ou em ambulância (ativada pelo Médico da ADR-C, conforme indicação clínica).
27. Para efeitos do disposto nos números anteriores são garantidas as ações constantes no Anexo 1 da presente Norma.

Avaliação Clínica nas ADR-Serviço de Urgência

28. As ADR-Serviço de Urgência (ADR-SU) são áreas exclusivamente dedicadas à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória com critérios de gravidade, e

ⁱ Excecionalmente, perante a impossibilidade de colheita de amostra biológica na ADR-C, o doente é encaminhado para locais de colheita disponíveis para o efeito.

realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2 em contexto de urgência hospitalar, cumprindo as condições definidas no Anexo 3 da presente Norma.

29. São encaminhados para ADR-SU todos os doentes que:
- De acordo com o SNS24, com as linhas telefónicas criadas para o efeito, ou com a avaliação das equipas das USF / UCSP, têm indicação para avaliação clínica em urgência hospitalar;
 - São referenciados através do CODU/INEM;
 - Recorram presencialmente ao SU e apresentem os sintomas descritos no ponto 5 da presente Norma.
30. Os doentes com **COVID-19 diagnosticada previamente em ambulatório**, que acorrem às ADR-SU, são avaliados em zona distinta daquela onde se aguardam resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2. Estas pessoas, caso reúnam critérios para internamento hospitalar, são encaminhados o mais precocemente possível para enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19.
31. Conforme avaliação clínica de acordo com os critérios do Anexo 2, os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, são **encaminhados da ADR-SU**:
- Para **isolamento e vigilância clínica em domicílio** por equipas da USF/UCSP, após:
 - Realização de teste laboratorial de SARS-CoV-2 na ADR-SU;
 - Notificação em SINAVEmed e registo na plataforma *Trace COVID-19*, pela equipa da ADR-SU ou equipa definida para o efeito, e;
 - Entrega do folheto anexo à Orientação 010/2020.
 - Para **internamento hospitalar**, após:
 - Realização de teste laboratorial de SARS-CoV-2;
 - Notificação em SINAVEmed, pela equipa da ADR-SU ou definida para o efeito;
32. Os **doentes que não apresentem critérios de internamento** (Anexo 2) e que, cumulativamente, cumpram as condições de exequibilidade do isolamento no domicílio, ou que possam ser encaminhados para alternativa domiciliária (estrutura residencial), definida a nível regional ou local, **têm alta do serviço de urgência e aguardam os resultados dos testes laboratoriais no domicílio ou na estrutura residencial**, sendo acompanhados pelas equipas das USF/UCSP de acordo com a presente Norma.
33. De forma a minimizar o tempo de permanência dos **doentes com critérios para internamento hospitalar** nas ADR-SU, bem como o risco de transmissão cruzada, sempre que possível, estes doentes devem realizar um **teste rápido** (teste rápido de antigénio ou teste molecular rápido, conforme disponibilidade) nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
34. Para efeitos do ponto anterior, os doentes com **critérios para internamento hospitalar com:**

- a. Resultado de **teste rápido positivo** são admitidos em enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19;
 - b. Resultado de **teste rápido negativo, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19ⁱ** realizam teste molecular (RT-PCR) confirmatório e aguardam os resultados em locais criados / adaptados para o efeito.
35. Os doentes com critérios para admissão em UCI realizam o teste laboratorial **com a metodologia mais rápida disponível** (teste rápido de antígeno ou teste molecular rápido, conforme disponibilidade), nos termos da Norma 019/2020 da DGS, e são **referenciados precocemente** às equipas de Medicina Intensiva, de acordo com os protocolos locais.
36. Para efeitos do disposto nos números anteriores são garantidas as ações constantes no Anexo 1 da presente Norma.

INTERNAMENTO HOSPITALAR

37. O internamento hospitalar é organizado da seguinte forma:
- a. Os doentes com **teste laboratorial positivo** são admitidos em enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19;
 - b. Os doentes com **teste laboratorial negativo, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19ⁱⁱ** são admitidos em áreas intermédias (separadas das ADR-SU e das enfermarias ou UCI COVID), onde repetem teste laboratorial, nos termos da Norma 019/2020 da DGS;
 - c. Os doentes com **teste laboratorial negativo e sem suspeita clínica de COVID-19 ou de infeção respiratória aguda** são admitidos em enfermarias não-COVID-19 ou UCI não-COVID-19.
38. Para o efeito do disposto no número anterior os Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) garantem:
- a. A efetiva separação do circuito de doentes com infeção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2 face aos restantes, incluindo a criação de coortes nos casos de coinfeção por outros agentes, particularmente, os mencionados no ponto 31 da presente Norma;
 - b. O rastreio/testagem periódico de SARS-CoV-2 a doentes internados em Enfermarias não-COVID-19 ou UCI não-COVID-19, conforme disposto na Norma 019/2020 da DGS.

ⁱ Doentes com quadro clínico compatível com infeção respiratória aguda, com menos de 48 horas de evolução; com critérios imagiológicos; ou com epidemiológicos, conforme disposto na Norma 020/2020 da DGS.

ⁱⁱ Doentes com quadro clínico compatível com infeção respiratória aguda com menos de 48 horas de evolução, com critérios imagiológicos ou epidemiológicos, conforme disposto na Norma 020/2020 da DGS.

39. O tratamento para os doentes internados com COVID-19 inclui, conforme avaliação clínica individualizada:
- Tratamento sintomático, de suporte e das comorbilidades e doenças crónicas descompensadas;
 - Trombopprofilaxia com heparina de baixo peso molecular, exceto se contraindicada;
 - Oxigenoterapia suplementar para SpO₂ alvo entre 90% e 96%, administrada de forma convencional ou em alto fluxo por cânula nasal, ou por sistemas de administração por PEEP/EPAP com válvula de resistência calibrada;
 - Terapêutica por via inalatória, sem nebulização;
 - Suporte ventilatório precoce, nos casos selecionados, com falência da oxigenoterapia;
 - Suporte vital por Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) em casos selecionados de insuficiência respiratória aguda grave refratária a suporte ventilatório otimizado.
40. Nos doentes internados por **pneumonia por SARS-CoV-2 e hipoxemia confirmada** pode ser considerada a administração de **Remdesivir**^{i,ii}.
41. Nos doentes internados com **doença grave ou crítica** (Anexo 2), deve ser considerada a administração de **Dexametasona** (ou de Metilprednisolona, na sua ausência, sobretudo em idade pediátrica).
42. Nos doentes com COVID-19 grave ou crítica, na fase de recuperação, deve ser implementado um plano multidisciplinar de reabilitação funcional e respiratória, bem como a vigilância de sequelas, designadamente respiratórias.
43. Os doentes internados com COVID-19 podem ter **alta hospitalar, mantendo o isolamento** quando, de acordo com a avaliação clínica, apresentam cumulativamente:
- Apirexia mantida há pelo menos 3 dias, sem utilização de antipiréticos;
 - Ausência de agravamento imagiológico ou da insuficiência respiratória;
 - Cumprimento dos critérios de exequibilidade do isolamento no domicílio ou em estruturas residenciais alternativas, criadas ou selecionadas a nível regional ou local, em articulação intersectorial com o Centro Distrital da Segurança Social, as Entidades da Comissão Municipal de Proteção Civil e parceiros municipais.

ⁱ Com base na evidência disponível, o benefício de Remdesivir parece estar limitado a doentes sob oxigenoterapia e em risco de progressão para doença grave, mas ainda sem ARDS com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Até ao momento, o Remdesivir não revelou benefício inequívoco ao nível da mortalidade avaliada aos 28 dias nos ensaios clínicos. Assim, a sua prescrição deve decorrer de uma avaliação clínica individualizada, com ponderação dos riscos e benefícios para o doente, e de acordo com o Resumo das Características do Medicamento (RCM).

ⁱⁱ A administração de Remdesivir em doentes com COVID-19 grave, com idade inferior a 12 anos e/ou peso corporal entre 3,5 e 40 Kg, não está recomendada, pelo que a sua utilização só pode ser considerada a título compassivo, ao abrigo do artigo 92.º do Decreto-Lei n.º 176/2006 de 31 de agosto, desde que o Médico considere benefício clínico.

44. Os doentes adultos internados com COVID-19 podem ser transferidos para **Unidades de Hospitalização Domiciliária** (Norma 020/2018) se cumulativamente reunirem os critérios:
- Ausência de agravamento clínico ou imagiológico há pelo menos 3 dias;
 - Critérios de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 2).
45. Para o efeito do disposto nos números anteriores, as equipas hospitalares entregam o folheto anexo à Orientação 010/2020 da DGS e procedem ao registo na plataforma *Trace COVID-19*.

CRITÉRIOS DE FIM DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO

46. Os critérios de fim de isolamento definem o momento a partir do qual a pessoa não é considerada infecciosa, independentemente do local onde cumpre vigilância e do nível de cuidados clínicos que necessita. Não devem ser utilizados para estabelecer alta hospitalar, cujos critérios estão definidos no ponto 43 da presente Norma.
47. O fim das medidas de isolamento é determinado apenas **no momento em que se comprova o cumprimento cumulativo** dos seguintes critérios:
- Critérios de melhoria clínica:**
 - Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
 - Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivosⁱ;
 - Tempo mínimo preconizado para isolamento:**
 - Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas;
 - Contado desde a data de realização do teste laboratorial que confirmou o diagnóstico nas pessoas assintomáticas durante o curso da doença, bem como nos doentes com incapacidade de datação do dia de início de sintomas.
48. O tempo **mínimo** preconizado para isolamentoⁱⁱ é de:
- 10 dias** nas pessoas **assintomáticas**;
 - 10 dias** nas pessoas que desenvolvem **doença ligeira ou moderada**;
 - 20 dias** nas pessoas que desenvolvem **doença grave**ⁱⁱⁱ;

ⁱ Anosmia, disgeusia, fadiga ou mialgias podem persistir durante semanas, não devendo ser considerados para o fim do isolamento.

ⁱⁱ A evidência decorrente de estudos de infecciosidade e epidemiológicos, incluindo doentes com COVID-19 e seus contactos próximos, indicam que duração da infecciosidade depende sobretudo da gravidade da doença desenvolvida e da competência da resposta imunitária. Assim, a determinação do fim do isolamento assenta numa estratégia baseada nos sintomas e nas variáveis clínicas individuais, conforme avaliação médica, independentemente do contexto demográfico ou profissional.

ⁱⁱⁱ Para os doentes internados com doença grave ou imunodepressão (Anexo 2), em situações de elevada excecionalidade (como a necessidade impreterível de transferência para circuitos não-COVID-19), a antecipação do fim do isolamento a partir do 10º dia, deve sempre decorrer de discussão multidisciplinar, incluindo a discussão relativamente à realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2.

- d. **20 dias** nas pessoas com **imunodepressão**^{iv} (Anexo 2), independentemente da gravidade da evolução clínica.
49. As pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados nos pontos 47 e 48 da presente Norma, não realizam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos 90 dias subsequentes ao fim do isolamento.
50. Excetuam-se do ponto anterior, as pessoas que desenvolvam novamente sintomas descritos no ponto 5 da presente Normaⁱ, e que:
- Sejam contacto de alto risco de um caso confirmado de COVID-19, nos últimos 14 dias e não tenham diagnóstico alternativo (incluindo outros vírus respiratórios), ou;
 - Apresentem condições de imunodepressão (Anexo 2).
51. Todas as pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados nos pontos 47 e 48 da presente Norma, devem manter o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as recomendações da DGS.
52. Para os doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos quais se verifique o óbito são aplicados os procedimentos descritos na Norma 002/2020 da DGS.
53. Deve constar no processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
54. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

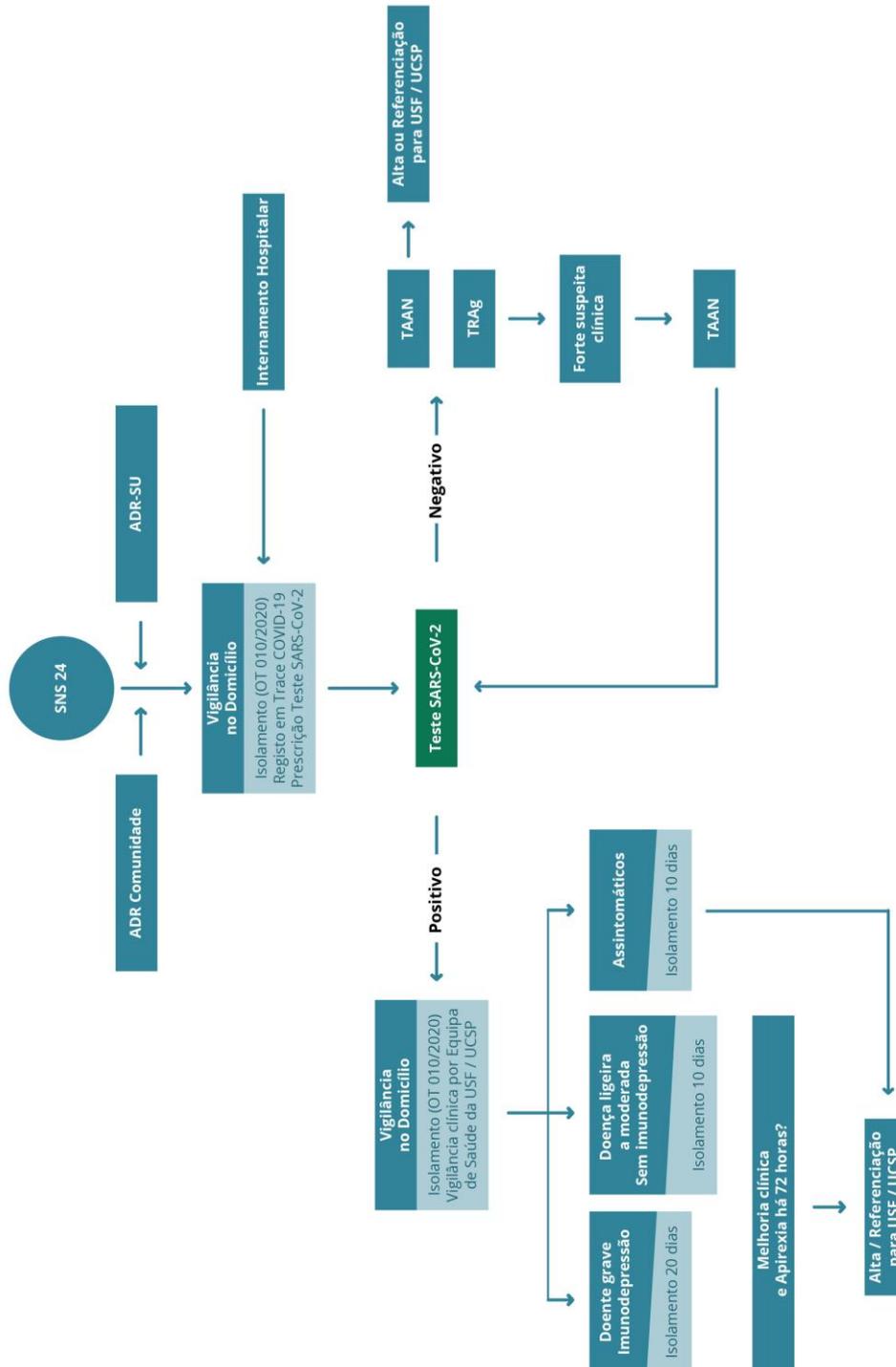


Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

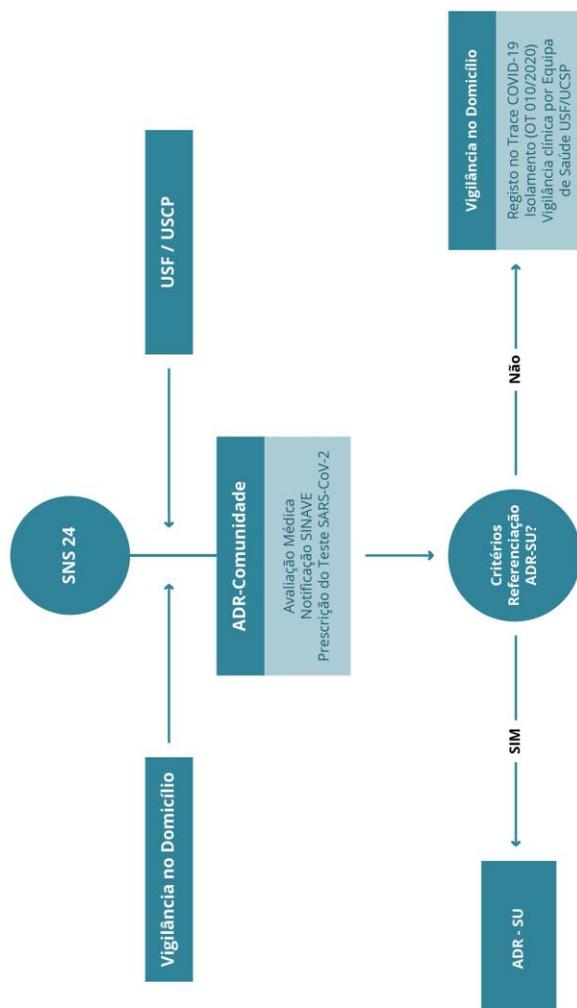
ⁱ A dinâmica e repercussão fenotípica clínica das novas variantes de SARS-CoV-2 identificadas em circulação em Portugal justificam um índice de suspeição e nível de alerta mais elevado.

FLUXOGRAMAS

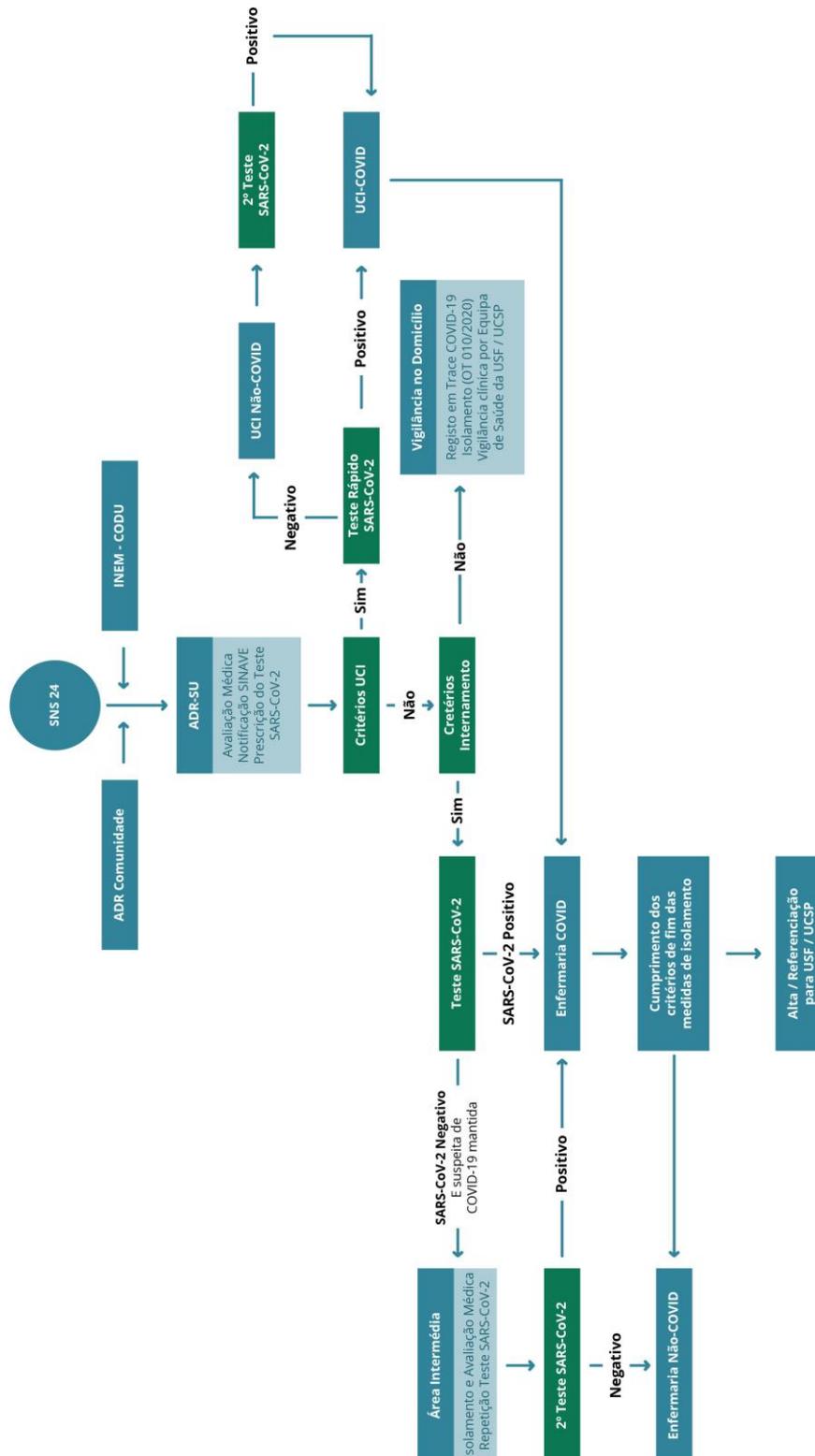
Vigilância Clínica e Isolamento no Domicílio



Avaliação Clínica na ADR - C



Avaliação Clínica na ADR – SU e Internamento Hospitalar



ANEXO 1

Atividades a desenvolver pelas entidades competentes pela operacionalização da Norma

| Entidade(s) | Medidas e Ações |
|---|---|
| Centro de Contacto SNS24 , e SPMS , EPE. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhamento clínico e aconselhamento de acordo com os algoritmos validados pela DGS; 2. Integração dos casos suspeitos e com indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio na plataforma Trace COVID-19, com a informação do nome, número de utente, morada atual e número de telemóvel (e endereço eletrónico, quando disponível); 3. Manter em pronta resposta a funcionalidade de requisição de testes laboratoriais SARS-CoV-2; 4. Garantir a atualização da informação relativa aos ADR-C e ADR-SU no <i>microsite</i> COVID-19 DGS; 5. Disponibilização dos meios telemáticos necessários às equipas de saúde das USF/UCSP e USP para o acompanhamento remoto dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2 e dos seus contactos. |
| Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e INEM , I.P. | <ol style="list-style-type: none"> 6. Proceder à triagem, aconselhamento e encaminhamento para o SNS24 ou ADR-SU nos termos da presente Norma; 7. Garantir a assistência médica pré-hospitalar dos doentes em situação grave; 8. Colaborar na colheita de amostras biológicas para a realização de testes laboratoriais; 9. Colaborar no transporte secundário dos doentes críticos. |
| ARS , em articulação intersectorial com os parceiros locais | <ol style="list-style-type: none"> 10. Definir e garantir a pronta resposta para a instalação de <u>hospitais de campanha</u> e de <u>estruturas residenciais</u> (para onde devem ser encaminhados os doentes sem condições de exequibilidade do isolamento no domicílio); 11. Nas <u>áreas metropolitanas de Lisboa e Porto</u>: considerar a instalação de ADR-Metropolitanas para ativação imediata na Fase 2 do Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020/2021; 12. Verificar o cumprimento das medidas e ações atribuídas aos Laboratórios. |
| ARS , Conselhos Administração das Unidades Locais de Saúde e Diretores Executivos dos ACES , em articulação com a ACSS, IP e com a SPMS, EPE / SGMS | <ol style="list-style-type: none"> 13. Implementar a rede de ADR-C (Anexo 3), com número e dimensão de ADR-C ajustados aos indicadores demográficos, epidemiológicos e de utilização dos serviços de cada região e local; 14. Garantir que a rede de ADR-C inclui um circuito/área dedicada para a colheita de amostras biológicas das vias respiratórias superiores, quer para doentes observados presencialmente, quer para doentes com indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio; 15. Mapeamento das ADR-C e comunicação à SGMS e à SPMS sempre que é criada e/ou eliminada uma ADR-C, garantindo a atualização permanente dos dados no SIIP, em conformidade com a Circular Normativa Conjunta n.º 01/2020/SGMS/SPMS, nomeadamente, a morada, horários, áreas de influência e <i>e-mail</i> para o encaminhamento do SNS24; 16. Reorganização das equipas de saúde das USF/UCSP, garantindo a atividade assistencial COVID-19 e não-COVID-19, de acordo com o Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-2021; |

| | |
|--|--|
| | <p>17. Disponibilização dos meios telemáticos necessários às equipas de saúde das USF/UCSP e USP para o acompanhamento remoto dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2 e dos seus contactos;</p> <p>18. Informação aos cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR-C, que devem estar bem sinalizadas de forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes.</p> |
| <p>ARS, Conselhos de Administração dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, em articulação com o GCL-PPCIRA</p> | <p>19. Implementar um ADR-SU (Anexo 3) em cada serviço de urgência hospitalar, ajustado aos indicadores demográficos, epidemiológicos e de utilização dos serviços de saúde, e de forma articulada com as respostas a nível regional, de acordo com o Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020/2021;</p> <p>20. Mapeamento das ADR-SU e comunicação à SGMS e à SPMS sempre que é criada e/ou eliminada uma ADR-SU, garantindo a atualização permanente dos dados no SIIP, em conformidade com a Circular Normativa Conjunta n.º 01/2020/SGMS/SPMS, nomeadamente, a morada, horários, áreas de influência e <i>e-mail</i> para o encaminhamento do SNS24;</p> <p>21. Garantir a efetiva separação dos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes; e a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas;</p> <p>22. Informar os cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR-SU, bem sinalizadas de forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes;</p> <p>23. Criar enfermarias e unidades de cuidados intensivos (UCI) para internamento em <i>coorte</i> de doentes com COVID-19, com dimensão adequada à densidade populacional e evolução epidemiológica regional e local;</p> <p>24. Implementar a resposta da Medicina Intensiva estabelecida na Norma 005/2020 e na rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva.</p> |
| <p>INFARMED, ARS, Conselhos de Administração Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde</p> | <p>25. Garantir a disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e dispositivos médicos adequados e necessários para a avaliação dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>26. Garantir a disponibilização e distribuição em tempo clinicamente útil de todos os medicamentos recomendados para a terapêutica dos doentes com COVID-19, nos termos da presente Norma.</p> |
| <p>ARS, em articulação com o INSA, IP, e a ACSS, IP.</p> | <p>27. Mapear os locais disponíveis para a colheita de amostras e realização de testes laboratoriais, que garantam resultados até 24 horas desde a sua requisição, dando preferência à colheita no domicílio e a sistemas <i>drive-thru</i>;</p> <p>28. Comunicar à SGMS e à SPMS da listagem dos postos de colheita e realização de testes laboratoriais, bem como da criação/eliminação de locais para esse fim, garantindo a atualização permanente dos dados no SIIP, em conformidade com a Circular Normativa Conjunta n.º 01/2020/SGMS/SPMS, nomeadamente, a morada, horários de funcionamento, áreas de influência e <i>e-mail</i> para o encaminhamento do SNS24.</p> |
| <p>Laboratórios e serviços criados</p> | <p>29. Garantir a colheita de amostras no domicílio, ou o agendamento remoto para áreas dedicadas para o efeito, onde estejam garantidas todas as medidas de</p> |

| | |
|--|--|
| <p>ou selecionados (incluindo <i>drive-thru</i>) para a colheita e/ou realização de testes laboratoriais</p> | <p>prevenção e controlo de infeção, por forma a minimizar as deslocações desnecessárias dos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>30. Garantir a disponibilização dos resultados dos testes laboratoriais até 12 horas após a sua realização;</p> <p>31. Notificar todos os resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 na plataforma SINAVElab (<i>área laboratórios</i>) até 12 horas após a sua realização;</p> <p>32. Integrar todos os resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 no Registo de Saúde Eletrónico (RSE).</p> |
| <p>Equipas de saúde das USF / UCSP</p> | <p>33. Notificar os casos suspeitos nas plataformas SINAVEmed (<i>área médicos</i>) e Trace COVID-19, no máximo de 24 horas desde a data de diagnóstico;</p> <p>34. Informar o doente das medidas de prevenção e controlo de infeção, nos termos da Orientação 010/2020 da DGS, nomeadamente a necessidade de utilização de máscara cirúrgica nas deslocações (que devem ser evitadas ao máximo) para realização do teste laboratorial;</p> <p>35. Emitir o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT) aos casos suspeitos/confirmados;</p> <p>36. Realizar a vigilância clínica dos doentes com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 com indicação para vigilância e isolamento no domicílio, através da plataforma Trace COVID-19, de acordo com Anexo 4.</p> |
| <p>Equipas de saúde pública das USP</p> | <p>37. Determinar o confinamento obrigatório aos casos confirmados de COVID-19;</p> <p>38. Realizar o inquérito epidemiológico, rastreio de contactos e a implementação das medidas de Saúde Pública adequadas, nos termos da Norma 015/2020 da DGS;</p> <p>39. Determinar o isolamento profilático dos contactos de alto risco de exposição;</p> <p>40. Articular com as entidades competentes para garantir o encaminhamento dos doentes sem condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio para estruturas residenciais (comissão municipal de proteção civil, articulação intersectorial com os parceiros a nível local ou regional).</p> |

ANEXO 2

Adequação da prestação de cuidados na suspeita de infeção por SARS-CoV-2

1. Os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem ser avaliados quanto a:

a. Gravidade da apresentação clínica:

- i. **Doença ligeira:** sintomas ligeiros sem evidência de pneumonia ou hipoxemia;
- ii. **Doença moderada:** pneumonia (febre, tosse, dispneia, taquipneiaⁱ) mas com saturação periférica de O₂ ≥ 90% em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;
- iii. **Doença grave:** pneumonia e, pelo menos, um dos seguintes critériosⁱⁱ:
 - a. Taquipneia superior a 30 ciclos por minuto;
 - b. Dificuldade respiratória;
 - c. SpO₂ inferior a 90% em ar ambiente;
 - d. Instabilidade hemodinâmica;
- iv. **Doença crítica:** síndrome de dificuldade respiratória aguda com PaO₂/FiO₂<100 ou choque séptico.

b. Condições associadas a evolução para COVID-19 grave:

- i. Idade superior a 60 anos;
- ii. Doença ou condição crónica: DPOC, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, cirrose hepática, doença renal crónica em hemodiálise, drepanocitose, obesidade;
- iii. Gravidez;
- iv. Neoplasia maligna ativa, particularmente sob quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia/biológicos;
- v. Imunodepressão, particularmente:
 - a. Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou com doença de enxerto contra hospedeiro;
 - b. Transplante de órgão sólido: pulmonar; ou transplante de outro órgão com tratamento de indução há menos de 6 meses ou com rejeição há menos de 3 meses;
 - c. Terapêutica biológica e/ou prednisolona > 20 mg/dia, ou equivalente, mais de 14 dias;
 - d. Infeção por VIH sem tratamento e com contagem TCD₄⁺ inferior a 200 células/mm³;
 - e. Imunodeficiência primária (síndrome de imunodeficiência combinada grave, agamaglobulinemia ligada X, deficiência do recetor de interferão e síndrome de hiper-IgE).

ⁱ Em crianças, avaliar sinais de dificuldade respiratória: tiragem subcostal, supraesternal e intercostal, adejo nasal e taquipneia.

ⁱⁱ Em crianças avaliar gemido, tiragem, cianose central, incapacidade para aleitamento ou hidratação, letargia, alteração do estado de consciência ou movimentos involuntários.

c. Condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio:

- i. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
- ii. Termómetro;
- iii. Quarto separado ou cama individual, e acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
- iv. Uso de máscara cirúrgica pelo doente e coabitantes;
- v. Água e sabão para higiene das mãos;
- vi. Supervisão da medicação crónica do doente (de acordo com autonomia do doente);
- vii. Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.

2. De acordo com a avaliação dos três parâmetros indicados no ponto anterior do presente Anexo, **os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 são encaminhados**, sequencialmente, de acordo com a necessidade de avaliação clínica presencial e de acordo com o local onde é realizado o seguimento clínico dos doentes com COVID-19:

| Gravidade da Doença | Condições associadas a evolução para COVID-19 grave | Capacidade de isolamento | Avaliação clínica presencial | Seguimento clínico |
|---------------------|---|--------------------------|------------------------------|--|
| Ligeira | Não | Sim | Não | Vigilância clínica e isolamento no domicílio , através da plataforma Trace COVID-19 |
| | | Não | Não | Vigilância clínica e isolamento em estruturas residenciais , através da plataforma Trace COVID-19 |
| | Idade superior a 60 anos Obesidade Doença crónica compensada | - | ADR-C | De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento |
| | Doença crónica descompensada Doença renal crónica em diálise Neoplasia maligna ativa Imunossupressão grave | - | ADR-SU | De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento |
| Moderada | - | - | ADR-C | De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento |
| Grave | - | - | ADR-SU | Internamento Hospitalar |

3. Para o efeito do disposto no número anterior, **os critérios de internamento e de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos** são:

Critérios de Internamento Hospitalar

Todos os doentes com pelo menos um dos seguintes critérios, devem ser internados:

1. Doença grave ou severa, conforme o ponto 1 do presente anexo;
2. Febre (Temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) persistente por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
3. Alteração do estado de consciência;
4. Hemoptises;
5. Vômitos persistentes, diarreia grave ou desidratação grave;
6. Leucopenia, linfopenia, ou trombocitopenia, na ausência de outra causa;
7. Nas **crianças**, em particular, existência de rabdomiólise, elevação de marcadores de lesão cardíaca ou alterações eletrocardiográficas ST-T;
8. Existência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas a COVID-19 grave ou a elevada mortalidade, conforme o ponto 2 do presente anexo.

Critérios de Admissão em UCI para Adultos:

Todos os doentes com 1 critério *major* ou ≥ 3 critérios *minor* devem ser admitidos em UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19:

1. Critérios **major**:
 - a. Choque séptico com necessidade de vasopressores;
 - b. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva.
2. Critérios **minor**:
 - a. Frequência respiratória $\geq 30\text{cpm}$;
 - b. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$;
 - c. Pneumonia com envolvimento multilobar;
 - d. Alteração do estado de consciência;
 - e. Ureia $\geq 42\text{mg/dL}$ ($\text{BUN} \geq 20\text{mg/dL}$);
 - f. Leucopénia ($< 4000/\text{mm}^3$), na ausência de outra causa;
 - g. Trombocitopénia ($< 100000/\text{mm}^3$), na ausência de outra causa;
 - h. Hipotermia ($< 35^{\circ}\text{C}$);
 - i. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva.

Critérios de Admissão em UCI para a Idade Pediátrica

Todos os doentes com pelo menos um dos seguintes critérios, devem ser admitidos em UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID19:

1. Hipoxemia sem resposta à terapêutica convencional com oxigenoterapia suplementar por cateter nasal ou máscara com concentrador de oxigénio;
2. Pneumonia grave com SatO₂ < 92% e com frequência respiratória > 70cpm (para pessoas com menos de 12 meses de idade) ou > 50cpm (para pessoas com mais de 12 meses);
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva);
4. Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda;
5. Choque séptico ou instabilidade hemodinâmica, alterações do estado de consciência ou necessidade de suporte de outros órgãos;
6. Critérios de Síndrome Inflamatória Multissistémica com agravamento clínico ou laboratorial.

ANEXO 3

Características das Áreas Dedicadas a Doentes Respiratórios (ADR)

| Características ^{1,2} | | ADR-COMUNIDADE / ACES |
|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Físicas | | Dispor de áreas de observação reservadas e com circuito exclusivo (separadas das dos doentes sem suspeita); Composta no mínimo por 1 área de receção, 1 área de espera, 2 salas de observação e 1 área de tratamentos, contendo barreiras que permitam separação física entre doentes, e o espaço necessário para a aplicação do distanciamento físico entre doentes; Acesso a instalação sanitária com sabão e toalhetes de papel, para uso exclusivo. |
| Sinalética | | Sinalização de área reservada a COVID-19, de precauções básicas de controlo de infeção e de risco biológico. |
| Equipa | | Médico; Enfermeiro; Assistente Operacional; Administrativo; Equipa de Limpeza. |
| Equipamento e material | Médico - - Cirúrgico | Estetoscópio; Otoscópio; Espátulas; Lanterna; Termómetro de infra-vermelhos; Oxímetro; Esfigmomanómetro; Carro de Emergência com DAE; máscara de oxigenoterapia, fonte de oxigénio (bala) e dispositivos de câmara expansora para administração de terapêutica em solução pressurizada. |
| | Proteção Individual ⁱ | Fato de proteção integral ou bata impermeável; Touca; Proteção de calçado; Máscara FFP2; Proteção ocular com proteção lateral; Luvas. |
| | Outro material | Material de consumo clínico necessário para sala de tratamentos; Sabão; Solução SABA; Toalhetes de papel; Toalhetes impregnados com Peroxido de Hidrogénio acelerado 35%; Dicloroisocanurato de Sódio; Álcool 70%. Kit de colheita de amostras para teste laboratorial de SARS-CoV-2. |
| | Outro equipamento | Computador; Impressora; Telefone / Intercomunicador. Caixotes de lixo e sacos de resíduos do tipo III. Contentores de corto-perfurantes. |

¹ Ajustadas ao volume de atividade, população abrangida e dimensão e tipologia da unidade de saúde.

² Consultar Norma 007/2020 da DGS.

ⁱ No caso da área administrativa ser independente do restante espaço físico da ADR, a Proteção individual compreende máscara cirúrgica, e proteção ocular na ausência de barreiras físicas adequadas. Deve ser evitado qualquer contacto com objetos pessoais dos doentes.

| Características ^{1,2} | | ADR-SU / Serviços de Urgência |
|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Físicas | | <p>Dispor de áreas de observação reservadas e com circuito exclusivo (separadas das dos doentes sem suspeita);</p> <p>Composta no mínimo por 1 área de receção, 1 área de espera e salas para observação e administração de terapêutica, diferenciadas conforme a gravidade clínica dos doentes admitidos, contendo barreiras que permitam separação física entre doentes, e o espaço necessário para a aplicação do distanciamento físico entre doentes;</p> <p>Acesso a instalação sanitária com sabão e toalhetes de papel, para uso exclusivo.</p> |
| Sinalética | | Sinalização de área reservada a COVID-19, de precauções básicas de controlo de infeção e de risco biológico. |
| Equipa | | Médico; Enfermeiro; Assistente Operacional; Administrativo; Equipa de Limpeza. Quando aplicável, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. |
| Equipamento e material | Médico - - Cirúrgico | Monitor multiparâmetros (Pressão arterial, traçado ECG, pulso e oximetria); Estetoscópio; Otoscópio; Espátulas; Termómetro de infravermelhos; Carro de Emergência e Reanimação; Acesso a equipamento de ventilação, máscara de oxigenoterapia e fonte de oxigénio e dispositivos de câmara expansora para administração de terapêutica em solução pressurizada. |
| | Proteção Individual ⁱ | Fato de proteção integral ou bata impermeável; Touca; Proteção de calçado; Máscara FFP2; Proteção ocular com proteção lateral; Luvas. |
| | Outro material | Material de consumo clínico necessário para sala de tratamentos; Sabão; Solução SABA; Toalhetes de papel; Toalhetes impregnados com Peroxido de Hidrogénio acelerado 35%; Dicloroisocanurato de Sódio; Álcool 70%; Kit de colheita de amostras para teste laboratorial de SARS-CoV-2. |
| | Outro equipamento | Computador; Impressora; Telefone /Intercomunicador; Contentores/Caixas de lixo e sacos de resíduos do tipo III/IV; Contentores de corto-perfurantes; Carro de recolha de roupa e sacos para roupa. |

¹ Ajustadas ao volume de atividade, população abrangida e dimensão e tipologia da unidade de saúde.

² Consultar Norma 007/2020 da DGS.

ⁱ No caso da área administrativa ser independente do restante espaço físico da ADR, a Proteção individual compreende máscara cirúrgica, e proteção ocular na ausência de barreiras físicas adequadas. Deve ser evitado qualquer contacto com objetos pessoais dos doentes.

ANEXO 4

Protocolo para seguimento dos doentes com indicação para vigilância clínica e isolamento em domicílio

A avaliação clínica dos doentes com indicação para isolamento no domicílio, sob vigilância, é assegurada pela equipa de saúde da USF / UCSP, de acordo com o presente protocolo, salvaguardando a dinâmica organizacional de cada unidade.

1. A **primeira avaliação** telefónica ocorre nas primeiras 24-48 horas após o contacto com a Linha SNS24 ou introdução do doente na plataforma *Trace COVID-19*, e é realizada por médico da equipa de saúde, preferencialmente o Médico de Família do doente.
2. Esta avaliação inclui a:
 - a. Avaliação clínica e validação da suspeita de COVID-19;
 - b. Prescrição do teste laboratorial para SARS-CoV-2, para todos os casos suspeitos, na plataforma *Exames Sem Papel*, se ainda não tiver sido efetuada;
 - c. Notificação do caso de suspeita de infeção na plataforma *SINAVEmed*;
 - d. Exclusão de critérios para avaliação em ADR-SU, nomeadamente:
 - i. Febre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
 - ii. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - iii. Cianose;
 - iv. Toracalgia;
 - v. Alteração do estado de consciência;
 - vi. Hemoptises;
 - vii. Vômitos persistentes ou diarreia grave.
 - viii. Comorbilidades indicadas no Anexo 1.
 - e. Confirmação da existência de critérios de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio (Anexo 2), incluindo a informação relativa às medidas de prevenção e controlo de infeção, nos termos da Orientação 010/2020 da DGS, nomeadamente a utilização de máscara nas deslocações imprescindíveis para a realização do teste laboratorial;
 - f. Prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
 - g. A informação que, em caso de agravamento, deve ser contactada a equipa de saúde da USF / UCSP que o acompanha, a Linha SNS24 ou o 112;
 - h. Esclarecimento de dúvidas colocadas pelos doentes, incluindo sobre o CIT;
 - i. Articulação com as Autoridades de Saúde. Caso o doente não esteja a cumprir o isolamento no domicílio deve ser contactada a Autoridade de Saúde.
3. Sempre que considerado clinicamente adequado, pode ser programada uma avaliação presencial em ADR-C (preferencialmente com pré-agendamento), ou em ADR-SU.

4. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada no domicílio, pelas Farmácias Comunitárias, ou através das respostas organizadas a nível local.
5. Durante o **seguimento até ao fim do isolamento**, o acompanhamento clínico é assegurado por enfermeiro ou médico, da equipa de saúde da USF / UCSP, cumprindo as alíneas do ponto 2 do presente Anexo:
 - a. Através de **auto-reporte diário** por parte do doente, desde que reunidas as condições de qualidade e segurança desta modalidade de seguimento, nomeadamente:
 - i. Estabilidade clínica e ausência de critérios de referenciação à ADR-SU, nos termos do ponto 2 do presente Anexo;
 - ii. Capacidade para a utilização das ferramentas tecnológicas para auto-reporte de sintomas, por parte do doente, familiar ou cuidador;
 - iii. Consentimento para esta modalidade de seguimento clínico.
 - b. Através de **avaliação telefónica** nas restantes situações, a definir pela equipa de saúde da USF / UCSP.
6. No caso de ser adotada a modalidade de seguimento através da auto-reporte de sintomas, nos termos do número anterior:
 - a. O registo de sintomas é realizado diariamente pelo doente, através da funcionalidade disponível no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) ou portal COVID-19 da DGS.
 - b. A equipa de saúde da USF / UCSP garante avaliação telefónica caso o doente reporte sintomas de febre, dificuldade respiratória, dor torácica (pleurítica), vómitos ou diarreia;
 - c. O seguimento clínico através de auto-reporte deve ser interrompido sempre que se verificar um agravamento clínico ou qualquer outra situação que o justifique.
7. A equipa de saúde da USF / UCSP garante, por via telefónica, para além da primeira avaliação, a realização de um contacto para a comunicação do resultado do teste laboratorial para SARS-CoV-2 (quando aplicável) e do fim do isolamento.
8. Aos doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que têm a aplicação STAYAWAY COVIDⁱ instalada deve ser gerado o código de legitimação na plataforma *Trace COVID-19* para o rastreio de contactos, nos termos da Norma 015/2020 da DGSⁱ.
9. As avaliações clínicas resultantes da aplicação deste Anexo são registadas na plataforma *Trace COVID-19* e, sempre que necessário, na plataforma *SClínico*, ou equivalente, como “Consultas Indiretas”.

ⁱ Decreto-Lei n.º 52/2020 de 11 de agosto.

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

Primeira versão e atualizações anteriores

Ana Luísa Gomes, Ana Nunes Barata, António Diniz, Benvinda Estela dos Santos, Catarina Damásio, Carla Pereira, Cátia Albino, Célia Oliveira, Diogo Cruz, Elisabete Serrada, Etelvina Calé, Fátima Ventura, Fernando Maltez, Filipe Froes, Graça Lima, Gorete Lopes, Helena Rebelo de Andrade, João Furtado, João Rodrigues, Maria Goreti Silva, Isabel Pires, Leonardo Vinagre, Licínia Sebastião, Maria João Brito, Margarida Tavares, Marta Marcelino, Miguel Cabral, Natália Pereira, Pedro Pacheco, Rita Sá Machado, Rui Nogueira, Sérgio Gomes, Susana Santos, Tiago Soares, Válder Fonseca, Vera Silva.

Foi auscultado o Programa Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Foram auscultadas as seguintes instituições ACSS, INEM, INFARMED, INSA, SPMS, Administrações Regionais de Saúde, Autoridades de Saúde Regionais, a Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos e a Ordem dos Médicos.

Presente atualização

Ana Luísa Gomes, António Diniz, António Sarmento, Estevão Soares dos Santos, Fernando Maltez, Filipe Froes, Helena Rebelo de Andrade, Kamal Mansinho, João Furtado, João Rodrigues, Maria João Brito, Margarida Tavares, Rui Nogueira, Válder Fonseca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization(WHO). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: WHO/2019-nCoV/Community_Actions/2020.3. in *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19*. 1–3 (2020).
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020. vol. 2019 2019–2021 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition> (2020).
3. Liu W, *et al.* Prolonged virus shedding even after seroconversion in a patient with COVID-19. *J. Infect.* 81, 318–356 (2020).
4. Yuan J, *et al.* PCR Assays Turned Positive in 25 Discharged COVID-19 Patients. *Clin. Infect. Dis.* (2020) doi:10.1093/cid/ciaa398.
5. Azam M, *et al.* Recurrent SARS-CoV-2 RNA positivity after COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2020.07.19.20157453 (2020) doi:10.1101/2020.07.19.20157453.
6. World Health Organization(WHO). Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. *WHO Guidel.* World Heal, 1–156 (2014).
7. World Health Organization(WHO). *Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance 2.* (2020).
8. Bhimraj A. *et al.* *Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* (2020).
9. Silcock DJ, *et al.* Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation* 89, 31–35 (2015).
10. Parshuram CS, *et al.* Multicentre validation of the bedside paediatric early warning system score: A severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children. *Crit. Care* 15, (2011).
11. Iba T, *et al.* Diagnosis and management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. *J. Thromb. Haemost.* 17, 1989–1994 (2019).
12. Tang N, *et al.* Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J. Thromb. Haemost.* 18, 1094–1099 (2020).
13. Zhang Y, *et al.* Management of heart failure patients with COVID-19: a joint position paper of the Chinese Heart Failure Association & National Heart Failure Committee and the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur. J. Heart Fail.* 22, 941–956 (2020).
14. Hendren NS, *et al.* Description and Proposed Management of the Acute COVID-19 Cardiovascular Syndrome. *Circulation* 141, 1903–1914 (2020).
15. Leung JM, *et al.* COVID-19 and COPD. *Eur. Respir. J.* 56, 2002108 (2020).
16. Bornstein SR, *et al.* Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 8, 546–550 (2020).
17. American Society of Nephrology. *Recommendations on the care of hospitalized patients with covid-19 and kidney failure requiring renal replacement therapy* (2020).
18. Chowdhury JF, *et al.* Anticoagulation in Hospitalized Patients with Covid-19. *N. Engl. J. Med.* 383:1675–1678 (2020)
19. Moores LK, *et al.* Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019. *CHEST* 158, 1143–1163 (2020).
20. Rajagopal K, *et al.* Advanced Pulmonary and Cardiac Support of COVID-19 Patients. Emerging Recommendations From ASAIO—a Living Working Document. *Circ. Heart. Fail.* 3, e007175 (2020).
21. Ding L, *et al.* Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: a multi-center prospective cohort study. *Crit. Care.* 24, 28 (2020).
22. Rochweg B, *et al.* High flow nasal cannula compared with conventional oxygen therapy for acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 45, 563–72 (2019).
23. Alhazzani W, *et al.* Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.* (2020).
24. Scala R, Heunks L. Highlights in acute respiratory failure. *European Respiratory Review.* 27, (2018).
25. Brochard L, *et al.* Mechanical ventilation to minimize progression of lung injury in acute respiratory failure. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 195, 438–442 (2017).

26. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). European Medicines Agency. *Annex i Summary of product characteristics*. (2020).
27. Beigel JH, *et al.* ACTT-1 Study Group Members. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. *N. Engl. J. Med.* 383, 1813-1826 (2020).
28. Spinner CD, *et al.* Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 324, 1048-1057 (2020).
29. WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 - Interim WHO Solidarity Trial Results. *N. Engl. J. Med.* 2020 Dec 2:NEJMoa2023184.
30. Goldman JD, *et al.* Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. *N. Engl. J. Med.* 383, 1827-1837 (2020).
31. RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report. *N. Engl. J. Med.* 2020 Jul 17:NEJMoa2021436.
32. Chao JY, *et al.* Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized and Critically Ill Children and Adolescents with Coronavirus Disease 2019 at a Tertiary Care Medical Center in New York City. *J. Pediatr.* 223, 14-19.e2 (2020).
33. DeBiasi RL, *et al.* Severe Coronavirus Disease-2019 in Children and Young Adults in the Washington, DC, Metropolitan Region. *J. Pediatr.* 223, 199-203.e1 (2020).
34. Chiotos K, *et al.* Multicenter initial guidance on use of antivirals for children with COVID-19/SARS-CoV-2. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318706/> (2020) doi:10.1093/jpids/piaa045.
35. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). European Medicines Agency. *Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) Assessment report*. www.ema.europa.eu/contact (2020).
36. Wang Y, *et al.* Early, low-dose and short-term application of corticosteroid treatment in patients with severe COVID-19 pneumonia: single-center experience from Wuhan, China. *medRxiv* 2020.03.06.20032342 (2020)
37. Villar J, *et al.* Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir. Med.* 8, 267-276 (2020).
38. Wang Y, *et al.* Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *www.thelancet.com* 395, 2020 (2020).
39. World Health Organization (WHO). *Corticosteroids for COVID-19. Living Guidance* (2020).
40. European Medicines Agency (EMA). *EMA endorses use of dexamethasone in COVID-19 patients on oxygen or mechanical ventilation*. www.ema.europa.eu/contact (2020).
41. Brugliera L, *et al.* Rehabilitation of COVID-19 patients. *J. Rehabil. Med.* 52, jrm00046 (2020).
42. Fan E. Critical illness neuromyopathy and the role of physical therapy and rehabilitation in critically ill patients. *Respir. Care* 57, 933-944 (2012).
43. Lau HMC, *et al.* A randomised controlled trial of the effectiveness of an exercise training program in patients recovering from severe acute respiratory syndrome. *Aust. J. Physiother.* 51, 213-219 (2005).
44. Zhao Y, *et al.* Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *EClinicalMedicine* 0, (2020).
45. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation. <https://www.who.int/publications/i/item/criteria-for-releasing-covid-19-patients-from-isolation> (2020).
46. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fcommunity%2Fstrategy-discontinue-isolation.html (2020).
47. Wölfel R, *et al.* Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 581, 465-469 (2020).
48. European Centre for Disease Prevention and Control. *COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-clusters-and-outbreaks-occupational-settings-eueea-and-uk> (2020).
49. Public Health England. Guidance for stepdown of infection control precautions and discharging COVID-19 patients. *Gov.Uk* <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-within-hospitals-and-discharging-covid-19-patients-from-hospital-to-home-settings/guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-and-dischar> (2020).
50. European Centre for Disease Prevention and Control. *Discharge criteria for confirmed COVID-19 cases. Technical Report*. (2020).

51. Huang C, *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 395, 497–506 (2020).
52. Chang MC, *et al.* Risk factors for disease progression in COVID-19 patients. *BMC Infect. Dis.* 20, 1–6 (2020).
53. Wu C, *et al.* Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern. Med.* 180, 934 (2020).
54. Zhou F, *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 395, 1054–1062 (2020).
55. Zheng Z, *et al.* Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection* vol. 81 16–25 (2020).
56. Williamson EJ, *et al.* 3 TPP, Horsforth, UK. 4 NIHR Health Protection Research Unit in Immunisation, London, UK. 5 Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC). *Nature* 584, 430 (2020).
57. Van Kampen JJ, *et al.* Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. *medRxiv* 2019, 2020.06.08.20125310 (2020).
58. Fraaij PL, *et al.* Viral shedding and susceptibility to oseltamivir in hospitalized immunocompromised patients with influenza in the Influenza Resistance Information Study (IRIS). doi:10.3851/IMP2957.
59. Arons MM, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N. Engl. J. Med.* 382, 2081-2090 (2020).
60. Bullard J, *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin. Infect. Dis.* (2020).
61. Cheng HW, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern. Med.* (2020).
62. Lu J, *et al.* Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *Medrxiv.* (2020).
63. Midgley CM, *et al.* Clinical and Virologic Characteristics of the First 12 Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nat. Med.* 26, 861-868 (2020).
64. Young BE, *et al.* Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA.* 323, 1488-1494 (2020).
65. Zou L, *et al.* SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N. Engl. J. Med.* 382, 1177-1179 (2020).
66. Jeong HW, *et al.* Viable SARS-CoV-2 in various specimens from COVID-19 patients. *Clin. Microbiol. Infect.* 26, 1520–4 (2020).
67. Liu Y, *et al.* Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *The Lancet Inf. Dis.* 20, 656–7 (2020).
68. Singanayagam A, *et al.* Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. *Eurosurveillance.* 25, 2001483 (2020).
69. Sohn Y, *et al.* Assessing Viral Shedding and Infectivity of Asymptomatic or Mildly Symptomatic Patients with COVID-19 in a Later Phase. *J. Clin. Med.* 9, 2924 (2020).
70. Lu J, *et al.* Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *MedRxiv* (2020).
71. Zhao J, *et al.* Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clin. Infect. Dis.* (2020).
72. Shi D, *et al.* Clinical Characteristics and Factors Associated With Long-Term Viral Excretion in Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection: a Single-Center 28-Day Study. *J. Infect. Dis.* 222, 910–8 (2020).
73. World Health Organization (WHO). Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation. Scientific Brief. In: WHO, editor. Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation Scientific Brief (2020).