COVID-19

1. A doença

A COVID-19 é uma doença respiratória transmissível causada pelo vírus SARS-CoV-2, pertencente à família *Coronaviridae*. Os coronavírus são vírus de RNA de cadeia simples com envelope lipídico e têm como principal característica a presença de espículas (proteína *spike*) que conferem uma morfologia em "coroa" ao microscópio eletrónico. A família *Coronaviridae* inclui vários vírus que infetam humanos e animais. Quatro coronavírus humanos (HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43 e HCoV-HKU1) são endémicos e geralmente causam infeções respiratórias ligeiras das vias aéreas superiores, sobretudo em crianças e pessoas imunocomprometidas. No entanto, nas últimas duas décadas, emergiram três coronavírus altamente patogénicos com potencial pandémico:

- SARS-CoV (2002–2003), identificado em 2002 na província de Guangdong, na China, foi responsável pela síndrome respiratória aguda grave (SARS). Este vírus, com origem provável em morcegos e transmissão zoonótica, através da civeta, causou mais de 8.000 casos e apresentou uma letalidade de cerca de 10%.
- MERS-CoV (desde 2012), detetado pela primeira vez em 2012 na Arábia Saudita, causa a síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS). Com origem em morcegos e transmissão para os humanos através de dromedários, este vírus apresenta uma letalidade superior a 30%. Até à data, a sua transmissão entre humanos permaneceu maioritariamente limitada a contextos hospitalares.
- SARS-CoV-2 (desde 2019), identificado em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, é o agente responsável pela COVID-19. Caracteriza-se por elevada transmissibilidade, capacidade de escape imunitário e variabilidade genética significativa, tendo causado centenas de milhões de casos e milhões de mortes a nível global.

Apesar das diferenças entre estes três vírus, todos apresentam mecanismos de infeção similares e utilizam recetores específicos nas células humanas (como a ACE2 no caso do SARS-CoV e do SARS-CoV-2).

A apresentação clínica da COVID-19 é heterogénea. Pode variar entre infeções assintomáticas, casos ligeiros com sintomas como febre, odinofagia, congestão nasal, cefaleia, fadiga, mialgias ou tosse, até quadros graves com pneumonia viral, insuficiência respiratória e falência multiorgânica. Em infeções leves a moderadas, a resolução ocorre, habitualmente, em 7–14 dias, embora sintomas como fadiga ou dispneia possam persistir no tempo. O tempo médio de incubação é de 5–6 dias, podendo variar consoante a variante.

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, principalmente, por via aérea, através da inalação de gotículas e aerossóis contaminados ou contacto direto com superfícies contaminadas. O período de transmissibilidade inicia-se cerca de 2 dias antes do início dos sintomas e pode prolongar-se por vários dias, mesmo em casos assintomáticos (média de 5 dias após o início dos sintomas). A transmissão é potenciada, sobretudo, em ambientes fechados e mal ventilados.

O diagnóstico pode ser clínico, mas a confirmação exige deteção laboratorial do vírus por PCR (*polymerase chain reaction*) ou teste de antigénio.

O tratamento da COVID-19 depende da gravidade. A maioria dos casos não necessita de hospitalização e é gerida com medidas de suporte. A prescrição da terapêutica antiviral para a COVID-19 depende da fase da infeção, da gravidade clínica e do risco de progressão para insuficiência respiratória e morte. Esta opção terapêutica deve ser priorizada para quem mais dela beneficia, de acordo com as características individuais, como a idade, a imunidade e as condições que conferem risco de progressão para doença grave ou morte.

Em doentes com COVID-19 ligeira a moderada e com condições de risco de doença grave, podem ser considerados antivirais como nirmatrelvir/ritonavir ou o remdesivir. Pode também ser considerada a administração de anticorpos monoclonais que apresentem atividade neutralizante para o SARS-CoV-2.

Em doentes com COVID-19 moderada a grave, pode ser considerada terapêutica com corticoides (dexametasona, metilprednisolona ou prednisolona). Pode também ser considerada a administração de remdesivir, tocilizumab e anacinra, para adultos internados com doença grave.[1,2,3,4]

2. Complicações

A infeção por SARS-CoV-2 pode originar diversas complicações. Entre as mais frequentes incluem-se: síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) e necessidade de ventilação mecânica; tromboses e embolias, incluindo embolia pulmonar e acidente vascular cerebral (AVC); lesão miocárdica, arritmias e miocardite; choque séptico e falência multiorgânica; encefalopatia, delírio e alterações neurológicas.

Os grupos de risco para doença grave e mortalidade incluem idosos;[5] pessoas imunocomprometidas[6] (incluindo pessoas que vivem com VIH, cancro ou sob terapêuticas imunossupressoras); pessoas com doenças crónicas cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, neurológicas, renais ou hepáticas, particularmente pessoas com multimorbilidade e fragilidade;[7,8,9] pessoas institucionalizadas;[10] e grávidas.

Alguns indivíduos podem experienciar sintomas persistentes após a infeção por SARS-CoV-2, um quadro atualmente designado como condição pós-COVID-19 ou "COVID longa". Esta condição é definida como um conjunto de sintomas que ocorre em pessoas com história de infeção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, geralmente três meses após o início da doença, com duração mínima de dois meses, e que não pode ser explicada por outro diagnóstico. A apresentação é frequentemente episódica e pode envolver múltiplos sistemas orgânicos. Entre as manifestações mais comuns destacam-se os sintomas respiratórios (dispneia, tosse, dor de garganta), neurológicos e cognitivos (fadiga crónica, cefaleia, anosmia, dificuldades de concentração,

1 World Health Organization (2023). Coronavirus disease (COVID-19). Disponível aqui.
2 UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2 Disponível aqui
3 ECDC (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19. Disponível aqui
4 Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023. Disponível aqui
5 Williamson EJ *et al.* Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. 2020. Disponível aqui.
6 Roen AO *et al.* Increased in-hospital mortality in immunocompromised individuals hospitalized with COVID-19 during the global pandemic, a multinational cohort study in the EuCARE project. 2026. Disponível aqui.
7 Clift AK *et al.* Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. 2020. Disponível aqui.
8 Hewitt J *et al.* The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. 2020. Disponível aqui.
9 ECDC (2023), Factsheet for health professionals on COVID-19. Disponível aqui.
10 Stirrup O *et al.* Clinical Effectiveness of SARS-CoV-2 Booster Vaccine Against Omicron Infection in Residents and Staff of Long-term Care Facilities: A Prospective Cohort Study (VIVALDI). 2023. Disponível aqui.

distúrbios do sono e depressão) e cardiovasculares (dor torácica, arritmias, palpitações). Também foram descritas manifestações gastrointestinais, dermatológicas, endócrinas e renais. Esta condição pode afetar, de forma significativa, a capacidade de realização de tarefas quotidianas, incluindo trabalho ou cuidados pessoais, e permanece uma área ativa de investigação clínica e epidemiológica.[11,12]

3. Epidemiologia

O SARS-CoV-2 foi identificado em 2019. A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia de COVID-19. Em maio de 2023, foi declarado o término da emergência de saúde pública de âmbito internacional (PHEIC – *Public Health Emergency of International Concern*).[13]

Desde o início da pandemia, o vírus SARS-CoV-2 tem demonstrado capacidade de adaptação, com a emergência de variantes com diferentes graus de transmissibilidade, evasão imunitária e impacto clínico. O surgimento de novas variantes, tem levado à necessidade de atualização da composição antigénica das vacinas, por forma a garantir a proteção dos indivíduos contra as variantes em circulação.[14] A variante original, identificada em dezembro de 2019 em Wuhan, foi responsável pelas primeiras vagas de infeção.

Em setembro de 2020, surgiu a variante Alpha (B.1.1.7), com maior transmissibilidade, que foi substituída no verão de 2021 pela variante Delta (B.1.617.2), associada a um risco acrescido de hospitalização. A partir de novembro de 2021, emergiu a variante Ómicron (B.1.1.529), que rapidamente se tornou dominante em todo o mundo, devido à sua elevada transmissibilidade e capacidade de escape imunitário. A linhagem parental de Ómicron deu origem a múltiplas sublinhagens ao longo de 2022 e 2023, incluindo BA.1, BA.2, BA.4, BA.5 e, subsequentemente, recombinantes como XBB.1.5.

No final de 2023, a linhagem JN.1, descendente de BA.2.86, tornou-se dominante na Europa e noutras regiões do mundo. Durante o primeiro semestre de 2024, várias subvariantes de JN.1 ganharam relevância epidemiológica, nomeadamente KP.1, KP.2, KP.3 e KP.3.1.1, seguidas por XEC, uma linhagem recombinante, e LF.7. A partir de maio de 2025, os dados disponíveis indicavam que todas estas variantes estavam em declínio, com exceção da LP.8.1, uma linhagem descendente de JN.1. Em agosto de 2026, é considerada variante de interesse a JN.1 e variantes em monitorização a XFG, NB.1.8.1, BA.3.2 e PQ.16.1.1.[15]

A variante BA.3.2 apresenta um elevado número de mutações: 70-75 substituições na sequência do gene da proteína *Spike*, comparativamente com a variante JN.1 e descendentes, constituindo atualmente um potencial ramo de evolução que poderá influenciar a futura dinâmica do SARS-CoV-2. Ainda assim, atualmente, não é conhecida evidência de associação com doença mais grave.[16,17]

A vigilância global, europeia e nacional da COVID-19 encontra-se integrada nos mecanismos de vigilância da gripe e outras infeções respiratórias,[18] baseada em redes sentinela integradas, com

11 UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2 Disponível aqui
12 ECDC (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19. Disponível aqui
13 WHO (2020), Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponível aqui.
14 A Organização Mundial da Saúde criou um grupo de consultoria técnica para a composição das vacinas contra a COVID-19 – *Technical Advisory Group on COVID-19 Vaccine Composition* (TAG-CO-VAC) que reúne peritos independentes que avaliam as implicações do surgimento de novas variantes para a Saúde Pública e a efetividade das vacinas, emanando recomendações acerca da composição antigénica das vacinas contra a COVID-19.
15 WHO (2026), COVID-19 dashboard. Consultado em agosto de 2026. Disponível aqui.
16 Shakya M, et al (2026), Early Detection and Surveillance of the SARS-CoV-2 Variant BA.3.2 — Worldwide, November 2024–February 2026. 2026. Disponível aqui.
17 WHO (2025). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2. 2025. Disponível aqui.
18 Para informação adicional, deverá ser consultado o capítulo específico da gripe sazonal.

reporte obrigatório de casos confirmados e amostragem para sequenciação genómica, com vista à identificação de variantes. A Direção-Geral da Saúde (DGS), no âmbito da Resposta Sazonal em Saúde, contribui para a monitorização e avaliação das épocas sazonais, através da análise dos dados de mortalidade e morbilidade.

A nível mundial, até agosto de 2026, foram reportados mais de 779 milhões de casos de COVID-19, que resultaram em mais de 7 milhões de mortes. Na Região Europeia (UE/EEE), durante o mesmo período, foram reportados mais de 281 milhões de casos, que resultaram em mais de 2 milhões de mortes.[19] De acordo com a informação transmitida pela OMS, em fevereiro de 2026, os dados da vigilância integrada do SARS-CoV-2 mostravam uma circulação global contínua, sem um padrão sazonal previsível a nível global. Alguns países do hemisfério norte e do hemisfério sul referiram múltiplos picos de atividade ao longo do ano, em alguns casos com um período de circulação do SARS-CoV-2 coincidente com a circulação epidémica do vírus da gripe.[20]

No hemisfério norte, durante o ano de 2025 a positividade para SARS-CoV-2 foi considerada baixa, tendo aumentado progressivamente desde fevereiro de 2025, atingindo 11% durante o mês de maio.[21] Os dados da Rede de Vigilância dos Vírus Respiratórios coordenada pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), e da qual Portugal também é estado membro, mostraram um aumento da circulação do SARS-CoV-2 a partir do mês de maio de 2025 e a observação da taxa de positividade mais elevada na semana 38/2025 (setembro) (25.5%).[22]

Em Portugal, a vigilância do SARS-CoV-2 mostrou uma deteção em níveis basais de janeiro a abril de 2025, com um aumento do número de casos confirmados laboratorialmente entre maio e setembro. De outubro de 2025 a abril de 2026 a deteção de casos de COVID-19 mantém-se em níveis basais (Figura n.º 1).[23]

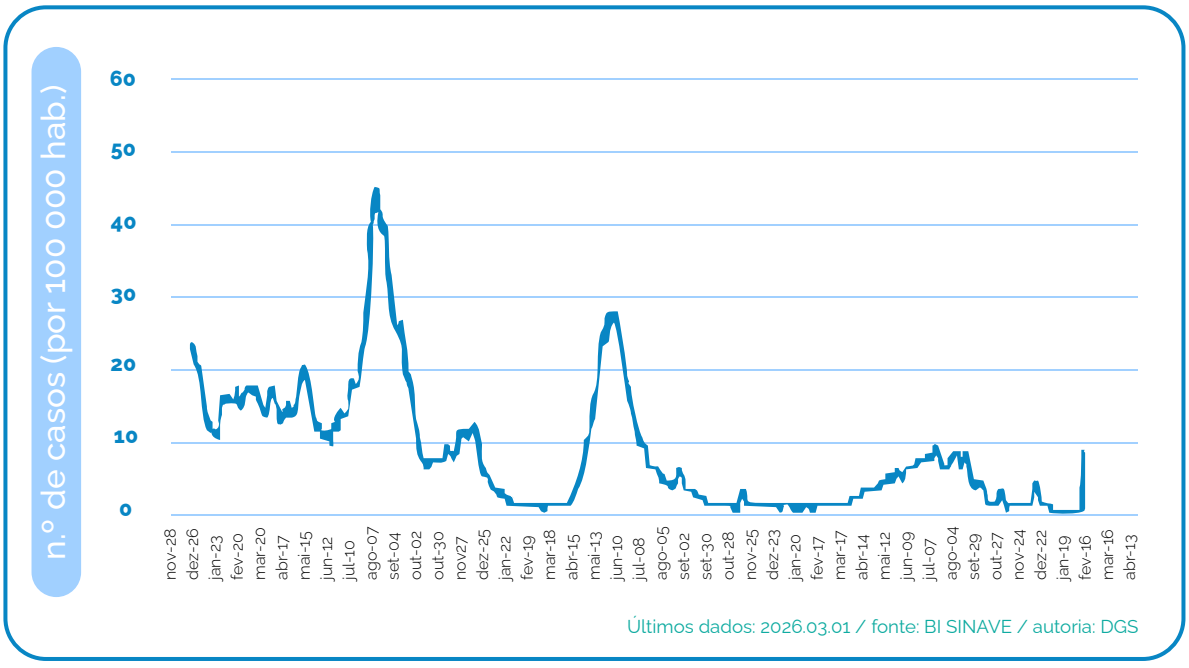


Figura n.º 1 – Novos casos a sete dias de infeção por SARS-CoV-2 (por 100.000 habitantes), em Portugal, de 30/09/2022 a 01/03/2026. Fonte: Direção-Geral da Saúde.

19 WHO (2026), COVID-19 dashboard. Consultado em agosto de 2026. Disponível aqui.
20 WHO (2026). COVID-19 Global Risk Assessment- Version 9. 2026. Disponível aqui.
21 WHO (2025). COVID-19 - Global Situation. 28 May 2025. Disponível aqui.
22 ECDC (2026). European Respiratory Virus Surveillance Summary. Consultado em 11 de abril de 2026. Disponível aqui
23 DGS (2026), Resposta Sazonal em Saúde, vigilância e monitorização, Relatório n.º 169, Semana 09/2026 (23.02.2026 a 01.03.2026). Disponível aqui.

O diagnóstico laboratorial do SARS-CoV-2 realizado pela Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe e Vírus Respiratórios permitiu monitorizar a deteção semanal deste agente viral em Portugal. Da semana 20/2023 à semana 11/2026 foram analisadas 473.821 amostras respiratórias e detetados 30.677 (6,5%) casos de infeção por SARS-CoV-2 (Figura n.º 2).

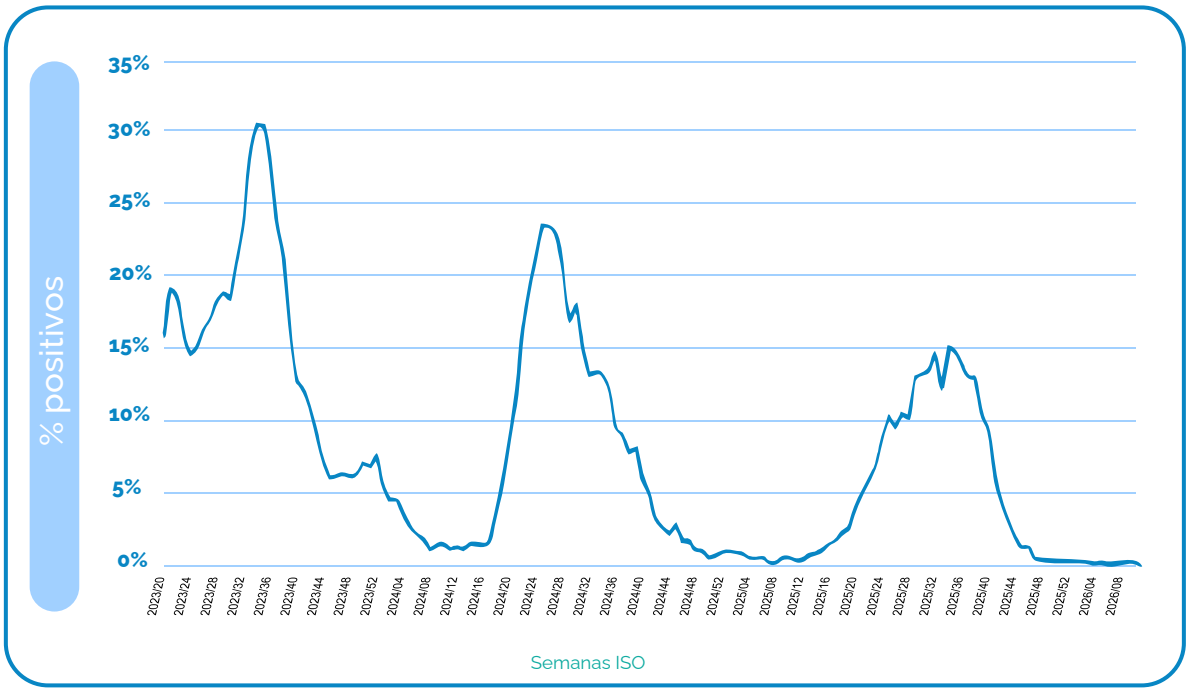


Figura n.º 2 – Proporção de casos de infeção por SARS-CoV-2 confirmados laboratorialmente pela Rede portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe e Vírus Respiratórios, nas épocas de 2023/2024, 2024/2025 e 2025/2026 até à semana 11 de 2026. Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Durante o período em análise, que incluiu 3 épocas de vigilância dos vírus respiratórios (2023/2024, 2024/2025 e 2025/2026 até à semana 11 de 2026), o período de maior proporção de casos de infeção por SARS-CoV-2 confirmados laboratorialmente ocorreu nos meses de primavera e verão (entre as semanas 28 e 36), contrastando com o período de maior circulação dos vírus respiratórios, em igual período, que ocorreu nos meses de outono e inverno.

A deteção dos casos de infeção pelo SARS-CoV-2 foi mais frequente na população com idade igual ou superior a 80 anos (8.756/ 124.592; 7,0%) e no grupo da população com idade entre os 65-79 anos (7.494/ 102.934; 7,3%), sendo este o grupo etário onde se verificou a percentagem de positivos mais elevada. O maior número de casos de infeção por SARS-CoV-2, nas quatro últimas épocas (desde 2022/2023) foi observado nos adultos com idade superior a 64 anos. Contudo, os dados de distribuição temporal e por grupos etários devem ser analisados com cautela, especialmente nas duas últimas épocas, em que o número de casos de infeção por SARS-CoV-2 confirmados laboratorialmente foi substancialmente inferior ao verificado nos anos anteriores, nomeadamente no período da pandemia da COVID-19.[24]

24 INSA (2026), Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Disponível aqui.

Em Portugal, no âmbito do estudo da diversidade genética do SARS-CoV-2, desde a semana 21/2025 até à semana 24/2026 foram analisadas 1069 amostras positivas e detetadas 8 variantes em circulação. A variante mais frequentemente detetada foi a Ómicron BA.2.86 XFG representando 60.2% dos casos sequenciados. A variante Ómicron BA.3.2 foi detetada em Portugal, tendo sido identificada com maior frequência desde a semana 50/2025.[25]

4. Vacinação

Com a declaração da pandemia de COVID-19 em 2020, foi priorizado o desenvolvimento rápido e massivo de vacinas contra a COVID-19, com uma mobilização sem precedentes de múltiplos parceiros, incluindo a academia, a indústria farmacêutica, os governos e as entidades reguladoras. A primeira vacina contra o COVID-19 que veio a ser utilizada em Portugal, produzida pela Pfizer e pela BioNTech, foi autorizada pela Comissão Europeia em dezembro de 2020. Desde então, mais de 13 mil milhões de doses de vacinas contra a COVID-19, de vários fornecedores, foram administradas em todo o mundo (dados a 4 de agosto de 2025). Estima-se que a vacinação contra a COVID-19 que ocorreu entre 2021 e 2022 tenha evitado milhões de mortes em todo o mundo, contribuindo para que a OMS declarasse o fim da emergência de saúde pública de âmbito internacional em 2023.

A disponibilidade de uma nova plataforma vacinal baseada em mRNA, que estava em desenvolvimento para outros agentes transmissíveis no momento do surgimento da pandemia, permitiu o rápido desenvolvimento de vacinas baseadas em RNA contra a COVID-19. Estas vacinas contêm uma molécula mRNA de cadeia simples, otimizado para estabilidade e eficiência de tradução, que codifica a glicoproteína *spike* do SARS-CoV-2. O mRNA é encapsulado em nanopartículas lipídicas (LNPs), que o protegem da degradação e permitem a entrada nas células do hospedeiro. Após a injeção, o mRNA é traduzido no citosol, e a proteína *spike* é expressa à superfície celular, desencadeando uma resposta imunitária adaptativa — sendo reconhecida como alvo para anticorpos neutralizantes contra o vírus. Do mesmo modo, vacinas baseadas em adenovírus, que também estavam em ensaios para outras infeções, foram desenvolvidas para a COVID-19 e permitiram a vacinação de uma fração importante da população.

Na área regulamentar, foram adotados mecanismos excecionais para acelerar o processo de avaliação das vacinas, sem comprometer os padrões de segurança, eficácia e qualidade. Entre os mecanismos mais relevantes destaca-se o sistema de *rolling review*, que permite a avaliação contínua dos dados à medida que estes vão sendo produzidos, em vez de se aguardar pela submissão do dossier completo. Esta abordagem inovadora encurtou significativamente os prazos de decisão regulatória — reduzindo o processo de 210 dias para menos de 150 — e permitiu uma resposta célere num contexto de emergência de saúde pública. O acompanhamento científico permanente entre as equipas da EMA e os fabricantes garantiu um processo rigoroso, dinâmico e alinhado com os princípios éticos e técnicos habituais.

Com base nos dados obtidos através desta avaliação contínua, baseada em ensaios clínicos com dezenas de milhares de participantes, a maioria das vacinas contra a COVID-19 foi aprovada ao abrigo de uma Autorização de Introdução no Mercado Condicional (AIMc), prevista para situações de crise sanitária. Esta modalidade de aprovação permite disponibilizar medicamentos com dados ainda limitados, desde que sejam suficientemente robustos e baseados em ensaios clínicos que suportem uma relação benefício-risco favorável e desde que os fabricantes

25 INSA (2026), Diversidade Genética do SARS-CoV-2 em Portugal. Consultado em agosto de 2026. Disponível aqui.

cumpram condições específicas de monitorização e geração de evidência adicional pós-autorização. Estas condições incluem, entre outras, estudos sobre duração da proteção, estabilidade da vacina, dados de segurança a longo prazo e aplicação a grupos populacionais específicos. Ao contrário das autorizações de uso de emergência, as AIM condicionais garantem uma base legal comum para a distribuição da vacina em todos os Estados-Membros da União Europeia, assegurando simultaneamente um elevado grau de vigilância, rastreabilidade e controlo de qualidade em cada lote administrado.

Considerando a administração massiva de vacinas contra a COVID-19, foi possível reunir evidência científica robusta que permitiu validar e monitorizar a sua efetividade e melhor caracterizar o seu perfil de segurança. Adicionalmente, foi possível melhor analisar como as mutações que surgiram no vírus SARS-CoV-2 foram impactando a efetividade vacinal, o que resultou no surgimento de vacinas adaptadas às novas variantes em circulação.

A evidência científica atualmente disponível, complementada pelos dados nacionais de farmacovigilância,[26] demonstra que as vacinas contra a COVID-19 apresentam um perfil de segurança globalmente favorável.[27,28,29,30] Embora tenham sido identificados alguns eventos adversos e, em situações excecionais, potencialmente graves, a sua frequência é rara e a maioria dos acontecimentos reportados corresponde a reações ligeiras ou moderadas, autolimitadas e previamente identificadas durante o desenvolvimento clínico das vacinas. Importa salientar que vários dos eventos adversos inicialmente associados a determinadas vacinas ocorreram, predominantemente, com plataformas vacinais que deixaram de ser utilizadas em Portugal e na maioria dos países europeus, nomeadamente as vacinas baseadas em vetores adenovirais. Por outro lado, a evidência científica mais recente não demonstra um aumento consistente do risco para vários dos eventos adversos de especial interesse analisados, incluindo acidente vascular cerebral, paralisia de *Bell*, neoplasias ou Síndrome de *Guillain-Barré* após a administração das vacinas atualmente utilizadas.

O Grupo Técnico Consultivo sobre a Composição das Vacinas contra a COVID-19 da Organização Mundial da Saúde (TAG-CO-VAC) reúne-se semestralmente para avaliar a evolução genética e antigénica do SARS-CoV-2, o desempenho das vacinas disponíveis e as implicações dessas alterações na composição das vacinas contra a COVID-19. Na reunião realizada em maio de 2026, o TAG-CO-VAC recomendou que as vacinas atualizadas incluíssem o antigénio LP.8.1 monovalente, com o objetivo de reforçar a resposta imunitária face às variantes em circulação. O grupo considerou, igualmente, que vacinas contendo outros antigénios (nomeadamente XFG e NB.1.8.1), bem como outras abordagens capazes de demonstrar respostas amplas e robustas de anticorpos neutralizantes ou eficácia face às variantes do SARS-CoV-2 atualmente em circulação, permanecem alternativas adequadas.[31] Adicionalmente, o Grupo de Trabalho de Emergência (ETF) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) recomendou que as vacinas contra a COVID-19 para a campanha de vacinação de 2026/2027 sejam atualizadas para ter como alvo a variante XFG do SARS-CoV-2.[32]

26 INFARMED, I.P. Dados de farmacovigilância em Portugal: suspeitas de reações adversas de vacinas contra a COVID-19 notificadas entre 21 de dezembro de 2020 e 15 de março de 2024.
27 Heidecker B *et al.* Myocarditis following COVID-19 vaccine: incidence, presentation, diagnosis, pathophysiology, therapy, and outcomes put into perspective. A clinical consensus document supported by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (ESC) and the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. 2022. Disponível aqui.
28 Acuti Martellucci C, *et al.* COVID-19 vaccination, all-cause mortality, and hospitalization for cancer: 30-month cohort study in an Italian province. 2025. Disponível aqui.
29 Faghir-Ganji M *et al.* COVID-19 vaccination and stroke risk: A systematic review and meta-analysis of ischemic and hemorrhagic events. 2026. Disponível aqui.
30 Nasreen S *et al.* Risk of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection: A multinational self-controlled case series study. 2025. Disponível aqui.
31 WHO (2026), Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines. 2026. Disponível aqui.
32 EMA (2026), EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027. 2026. Disponível aqui.

Em Portugal, tem sido feita uma monitorização do risco de doença grave na população, que suporta a identificação de grupos populacionais com claro benefício na vacinação. Estes grupos têm mudado com o evoluir da situação pandémica: enquanto, numa fase inicial, a ausência global de proteção imune contra a infeção por SARS-CoV-2 determinou um benefício muito alargado da vacinação, em anos mais recentes, havendo proteção imune conferida por imunizações prévias e exposição à circulação do vírus, há um número mais reduzido de grupos populacionais que mantêm uma situação de risco de doença grave que suporta a recomendação de vacinação.

A estratégia de vacinação primária contra a COVID-19 e de vacinação de cada campanha de vacinação sazonal é definida pela DGS e publicada sob a forma de Norma, tendo como objetivo maximizar a proteção das populações mais vulneráveis, com risco acrescido para doença grave e para as suas complicações, bem como mitigar o seu impacte no sistema de saúde.

4.1. Características das vacinas

À data, encontram-se disponíveis, em Portugal, as seguintes vacinas:

- Vacina de mRNA - **Comirnaty®** - nas dosagens de 10 µg (crianças dos 6 meses aos 11 anos de idade) e de 30 µg (a partir dos 12 anos de idade). Esta plataforma vacinal assenta no princípio de que as próprias células do hospedeiro passam a produzir, temporariamente, o antigénio de interesse, simulando de forma controlada uma infeção natural e promovendo uma resposta imunitária eficaz e duradoura. As vacinas de mRNA apresentam diversas vantagens em relação às plataformas tradicionais, incluindo moderada efetividade vacinal, ausência de risco de integração no genoma do hospedeiro, produção inteiramente livre de culturas celulares ou agentes infeciosos e grande flexibilidade para adaptação a novos agentes patogénicos ou variantes virais. O processo de desenvolvimento e fabrico é altamente padronizável, permitindo a produção em larga escala num curto intervalo de tempo.[33,34]

- Vacina de base proteica – **Bimervax®** - Esta plataforma vacinal utiliza antigénios recombinantes purificados do SARS-CoV-2, correspondendo, em geral, à proteína *spike* (S) ou ao seu domínio de ligação ao recetor (*receptor-binding domain, RBD*), estrutura essencial para a ligação do vírus ao recetor ACE2 das células do hospedeiro. Ao induzirem a produção de anticorpos neutralizantes dirigidos contra estas estruturas, estas vacinas desencadeiam respostas imunitárias associadas à proteção contra a COVID-19, em particular contra as formas graves da doença. Apresentam menor imunogenicidade intrínseca, pelo que são, habitualmente, formuladas com adjuvantes que potenciam a resposta imunitária e contribuem para respostas mais robustas e potencialmente mais duradouras. Estas vacinas constituem uma plataforma vacinal alternativa às vacinas de mRNA e apresentam vantagens logísticas relevantes, permitindo conservação e transporte em cadeia de frio convencional (2-8 °C), sem necessidade de ultracongelação.

As características destas vacinas podem ser consultadas nos Quadros n.º 1 e 2.

33 Chaudhary N *et al* (2021), mRNA vaccines for infectious diseases: principles, delivery and clinical translation. 2021. Disponível aqui.
34 Khare S *et al* (2023), SARS-CoV-2 Vaccines: Types, Working Principle, and Its Impact on Thrombosis and Gastrointestinal Disorders. 2023. Disponível aqui.

Quadro n.º 1 - Características da vacina de mRNA contra a COVID-19 disponível em Portugal[35]

Vacina	Comirnaty® XFG
Tipo de vacina	Vacina de RNA mensageiro (mRNA) que codifica a proteína S ("*spike*") do vírus SARS-CoV-2 mRNA encapsulado em nanopartículas lipídicas
Dosagens disponíveis	10 µg – 6 meses – 11 anos de idade[36] 30 µg – ≥12 anos de idade
Indicações	Imunização ativa para prevenir a COVID-19 causada pelo SARS-CoV-2 em indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses
Contraindicações	História de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes:[37] • (4-hidroxibutil)azanodiil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato) (ALC-0315) • 2 [(polietileno glicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida (ALC-0159) • 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC) • Colesterol • Trometamol • Cloridrato de trometamol • Sacarose • Água para preparações injetáveis História de reação anafilática a uma dose anterior da vacina Estas situações devem ser referenciadas a consulta de imunoalergologia hospitalar, com carácter prioritário
Precauções e outras notas	História de reação anafilática a outras vacinas ou mastocitose sistémica ou doença proliferativa de mastócitos – referenciar para consulta de imunoalergologia hospitalar, com carácter prioritário Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa Pessoas com imunodeficiência, incluindo tratamento com imunossupressores, podem ter uma resposta mais reduzida As pessoas com diátese hemorrágica têm precauções especiais na administração via intramuscular. Pessoas com trombocitopenia ou alterações da coagulação – necessária prescrição do médico assistente Tal como em qualquer vacina, é possível que a vacinação não proteja todos os indivíduos que recebam a vacina. É possível que os indivíduos não fiquem totalmente protegidos até 7 dias após a sua vacinação Informar e alertar os utentes, previamente à vacinação, sobre sintomas a vigiar após a sessão vacinal, e procura de assistência médica imediata, caso desenvolvam sintomas indicativos de miocardite ou pericardite após a vacinação, tais como: dor no peito, falta de ar ou palpitações Se ocorreu miocardite ou pericardite após a administração de Comirnaty®, a administração da dose seguinte deve ser adiada pelo menos até à resolução completa do quadro clínico e o benefício da sua administração deve ser avaliado caso a caso, pelo médico assistente Pode ser administrada durante a gravidez[38] e amamentação

35 Deverá ser consultado o respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM), disponível em Infomed.

36 Em 2026, a Agência Europeia do Medicamento avaliou uma alteração regulamentar destinada a harmonizar a formulação pediátrica, substituindo a formulação previamente autorizada de 3 µg pela formulação de 10 µg em crianças dos 6 meses aos 4 anos de idade. European Medicines Agency. Comirnaty: Assessment report on group of variations including an extension of indication. Disponível aqui.

37 Foram notificados acontecimentos de anafilaxia. Deve estar imediatamente disponível tratamento médico e supervisão na eventualidade de uma reação anafilática após a administração da vacina. Recomenda-se uma observação atenta durante, pelo menos, 15 minutos após a vacinação.

38 Na grávida, a vacinação contra a COVID-19 deve respeitar um intervalo mínimo de 2 semanas em relação à administração de outras vacinas. No entanto, para garantir a vacinação atempada, poderá ser utilizado qualquer intervalo, incluindo a coadministração com a vacina contra a gripe e com a vacina contra a tosse convulsa, se necessário. Não existe idade materna ou gestacional limite para o início da vacinação. Na grávida, a administração de imunoglobulina anti-D não deve ser adiada. Pode ser administrada no mesmo dia ou com qualquer intervalo de tempo em relação à vacina contra a COVID-19.

Reações adversas

Reações adversas em estudos clínicos com Comirnaty® e da experiência pós-comercialização de Comirnaty® em indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses

Reações adversas muito frequentes (≥1/10): cefaleias, diarreia, artralgia, mialgia, dor no local de injeção, fadiga, arrepios, pirexia, tumefação no local de injeção

- Crianças de 6 a 23 meses de idade: irritabilidade, sonolência, diminuição do apetite, sensibilidade no local de injeção
- Crianças dos 6 meses aos 11 anos de idade e doentes imunocomprometidos com ≥2 anos de idade: rubor no local de injeção
- Grávidas com ≥18 anos e pessoas imunocomprometidas com 2-18 anos de idade: vómitos

Reações frequentes (≥1/100 e <1/10): linfadenopatia, náuseas, vómitos, rubor no local da injeção

- Crianças de 6 a 23 meses de idade: erupção cutânea

Reações adversas pouco frequentes (≥1/1 000 e <1/100): reações de hipersensibilidade (ex.: erupção cutânea, prurido), diminuição do apetite, insónia, tonturas, letargia, hiperidrose, suores noturnos, dor nas extremidades (do braço onde foi administrada a vacina), astenia, mal-estar geral e prurido no local da injeção

Reações adversas raras (≥1/10 000 e <1/1 000): paralisia facial periférica aguda, urticária e angioedema

Reações adversas muito raras (<1/10 000): miocardite e pericardite

Reações adversas de frequência ainda desconhecida (não pode ser estimada com os dados disponíveis): anafilaxia, parestesia, hipostesia, eritema multiforme, fluxo menstrual abundante (temporário e não grave), edema extenso do membro vacinado, edema facial

Conservação

Frasco congelado:
· -90°C a -60 °C durante **18 meses**
Frasco descongelado:
· 2°C a 8°C, com validade até 10 semanas após início da descongelação dentro do prazo de validade de **18 meses**
· Não voltar a congelar após descongelação
· Proteger da luz solar direta e ultravioleta
· Os frascos para injetáveis descongelados podem ser manuseados em condições de luz ambiente
· Não agitar
Frasco por abrir:
· 8°C a 30°C durante **12 horas**
Frasco aberto:
· A estabilidade química e física foi demonstrada durante 12 horas a uma temperatura entre 2 °C e 30 °C, incluindo até 6 horas do tempo de transporte. Do ponto de vista microbiológico, a menos que o método de abertura exclua os riscos de contaminação microbiana, a vacina deve ser utilizada imediatamente. Se não for utilizada imediatamente, os tempos e condições de conservação são da responsabilidade do utilizador.

Dose e via de administração

0,3 mL
Intramuscular (não injetar por via intravascular, subcutânea ou intradérmica)

Local da injeção

6 a 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda
≥12 meses: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço (braço não dominante) ou músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda

Compatibilidade	A vacina contra a COVID-19 pode ser administrada concomitantemente com as vacinas do PNV e com as vacinas contra a gripe, como medida de adesão à vacinação[39] As vacinas contra a COVID-19 e contra a gripe devem ser administradas em locais anatómicos diferentes: - Músculo deltoide do braço não dominante: vacina contra a COVID-19; - Músculo deltoide do braço dominante: vacina contra a gripe; - Os músculos alternativos são os músculos das coxas (não devendo ser realizada a administração nos glúteos); - Em situações excecionais, as vacinas podem ser administradas no mesmo local anatómico, com, pelo menos, 2,5 cm de distância entre si

Quadro n.º 2 - Características da vacina contra a COVID-19 de base proteica disponível em Portugal[40]

Vacina	Bimervax®
Tipo de vacina	Vacina recombinante (proteína recombinante homodimérica de fusão do domínio de ligação ao recetor (RBD) da proteína *Spike* do vírus SARS-CoV-2, produzida por tecnologia de DNA recombinante) adjuvada com SQBA
Dosagens disponíveis	40 µg (0,5 mL)
Indicações	Imunização ativa para prevenção de COVID-19, em indivíduos com ≥12 anos de idade[41]
Contraindicações	História de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes:[42] • Fosfato dissódico dodeca-hidratado • Fosfato monopotássico • Cloreto de sódio • Cloreto de potássio • Água para preparações injetáveis

39 A administração da vacina contra a gripe ou da vacina contra a COVID-19 não deve ser adiada com o único propósito de serem coadministradas. O utente pode optar por uma administração em dias diferentes (com qualquer intervalo entre vacinas).
40 Deverá ser consultado o respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM), disponível em Infomed
41 A utilização de esquemas heterólogos, com vacinas proteicas como dose de reforço após vacinação prévia com vacinas de mRNA, tem demonstrado induzir respostas humorais e celulares mensuráveis, incluindo atividade neutralizante contra múltiplas variantes do SARS-CoV-2.
42 Foram notificados acontecimentos de anafilaxia. Deve estar imediatamente disponível tratamento médico e supervisão na eventualidade de uma reação anafilática após a administração da vacina. Recomenda-se uma observação atenta durante, pelo menos, 15 minutos após a vacinação

Precauções e outras notas	História de reação anafilática a uma dose anterior da vacina. Estas situações devem ser referenciadas a consulta de imunoalergologia hospitalar, com carácter prioritário[43] Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa Pessoas com imunodeficiência, incluindo tratamento com imunossupressores, podem ter uma resposta mais reduzida As pessoas com diátese hemorrágica têm precauções especiais na administração via intramuscular. Pessoas com trombocitopenia ou alterações da coagulação – necessária prescrição do médico assistente Tal como em qualquer vacina, é possível que a vacinação não proteja todos os indivíduos que recebam a vacina A administração durante a gravidez só deve ser considerada quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto. Desconhece-se se ocorre excreção no leite humano
Reações adversas	**Reações adversas dos ensaios clínicos de Bimervax® em indivíduos com 12 anos de idade ou mais** Muito frequentes: cefaleia, mialgia, dor no local da injeção e fadiga Frequentes: linfadenopatia/linfadenite, diarreia, náuseas, vómitos, inchaço/eritema/indução no local da injeção, pirexia e dor axilar Pouco frequentes: tonturas, sonolência, prurido, artralgia, calafrios, astenia, mal-estar geral e prurido no local da injeção Raros: parestesia, hipoestesia, odinofagia, dor abdominal, urticária, suores frios, erupção cutânea, eritema, hematoma/hipersensibilidade no local da injeção Frequência desconhecida: pericardite
Conservação	1 ano entre 2°C e 8°C. Antes da utilização, a vacina pode ser retirada do frigorífico uma só vez, por um período máximo de 24 horas, a uma temperatura não superior a 25 °C
Dose e via de administração	0,5 mL Intramuscular
Local da injeção	Músculo deltoide, parte superior do braço
Compatibilidade	A administração concomitante com outras vacinas não foi estudada

4.2. Campanhas de vacinação sazonal contra a COVID-19

A estratégia de vacinação e os grupos para os quais a vacina está recomendada são ajustados em função da evolução do conhecimento científico, da situação epidemiológica e da disponibilidade das vacinas. As indicações para a vacinação são atualizadas anualmente, antes do início da campanha de vacinação sazonal.

43 Foram notificados acontecimentos de anafilaxia. Deve estar imediatamente disponível tratamento médico e supervisão na eventualidade de uma reação anafilática após a administração da vacina. Recomenda-se uma observação atenta durante, pelo menos, 15 minutos após a vacinação

As vacinas contra a COVID-19 disponibilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) são armazenadas e distribuídas nos termos da Portaria n.º 114/2024/1,[44] de 22 de março e da Orientação Conjunta em vigor - Operacionalização da Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe e contra a COVID-19. Tal como para os demais medicamentos, a receção, armazenamento e distribuição das vacinas contra a gripe deve obedecer à Deliberação n.º 77 – A/CD/2021 de 06 de agosto[45] que aprova as alterações ao Regulamento das Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos de Uso Humano, publicado na Deliberação n.º 047/CD/2015 de 19 de março e, que deve ser garantido por todas as entidades envolvidas no processo de vacinação. As doses de vacinas a serem descartadas (com ou sem conteúdo) devem ser consideradas como resíduos hospitalares do Grupo IV, nos termos do Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto.

Previamente à vacinação, à semelhança do que ocorre para as demais vacinas, deverá ser avaliada a existência de condições que representem precauções ou contraindicações à administração da vacina, através da aplicação de um questionário ao utente (Quadro n.º 3). Deverá, ainda, ser sempre consultado o Resumo das Características do Medicamento da vacina a ser administrada.[46]

Quadro n.º 3 - Questionário para identificação de precauções e de contraindicações à vacinação contra COVID-19 com a vacina Comirnaty®

	Precauções e Contraindicações	Sim	Não	Não sabe
1	Está doente hoje?			
2	Teve infeção confirmada por SARS-CoV-2 ou foi vacinado há menos de 3 meses?			
3	Teve, anteriormente, alguma reação alérgica grave (reação anafilática/edema da glote) a uma vacina?			
4	Tem mastocitose ou doença proliferativa de mastócitos?			
5	Tem doenças da coagulação?			
6	Toma anticoagulantes?			
7	Tem alguma doença que afete a imunidade?			
8	Fez algum transplante recentemente (nos últimos 3 a 6 meses)?			
9	Fez corticoides, quimioterapia, radioterapia ou outra terapêutica imunossupressora nos últimos 3 meses?			
10	Foi-lhe diagnosticada miocardite/pericardite após uma dose desta vacina ou de infeção por SARS-CoV-2?			
11	Teve, anteriormente, reação adversa grave/anafilática a uma dose anterior desta vacina ou a algum dos seus componentes?			

44 A Portaria n.º 114/2024/1 define o modelo de governação e funcionamento dos programas e campanhas nacionais de vacinação, onde se enquadra a vacinação sazonal contra a gripe.
45 Deliberação n.º 77 – A/CD/2021 de 06 de agosto. Disponível aqui.
46 Para informação adicional, consultar o capítulo dedicado à Segurança dos produtos de imunização.

Como para as demais vacinas, regra geral, após a vacinação contra a COVID-19, todas as pessoas devem permanecer em vigilância no local da vacinação, durante 30 minutos. Em pessoas saudáveis, sem comorbilidades ou medicação crónica, e sem história de reações de hipersensibilidade/anafilaxia num ato vacinal prévio contra a gripe, a vigilância pode ser reduzida para 15 minutos.

Perante a ocorrência de erros durante a administração de vacinas contra a COVID-19, estão recomendadas as ações constantes no Quadro n.º 4. Para a resolução de erros de administração não contemplados no quadro, deve ser efetuada uma avaliação caso a caso pelo médico assistente.

Quadro n.º 4 - Erros mais frequentes na administração de vacinas contra a COVID-19 e respetivas ações recomendadas

Tipo de erro	Erro de Administração	Recomendação
Via/Local de Administração	Local incorreto (ou seja, outro local que não o músculo deltoide)	Não repetir a dose Informar o utente sobre potenciais eventos adversos
	Via incorreta (por exemplo, subcutânea)	
Dosagem	Dose administrada superior à autorizada	Se foi administrado, pelo menos, metade da dose, não é necessário repetir a administração Se foi administrado menos de metade da dose ou se a proporção da dose não puder ser estimada, repetir com a dosagem correta, pelo menos 7 dias depois da dose incorreta
	Dose administrada inferior à autorizada (por exemplo, derrame, falha do equipamento, movimentação do utente)	
Intervalos entre doses do esquema vacinal primário	Intervalo superior ao recomendado	Esta dose é considerada válida
	Intervalo inferior aos intervalos mínimos recomendados	Esta dose não é considerada válida Repetir a dose 4 semanas após a dose invalidada
Intervalo entre dose anterior/ infeção e dose de reforço	Intervalo superior ao recomendado	Esta dose é considerada válida
	Intervalo inferior ao intervalo mínimo recomendado	Esta dose não é considerada válida Repetir a dose, pelo menos, 3 meses após a dose invalidada
Recomendações do fabricante	Transporte, conservação, manuseamento incorreto (não cumprimento das recomendações do fabricante)	Contactar o INFARMED, I.P. para obter orientação

Informação relativa s caractersticas das vacinas disponveis em Portugal, as suas indicaes, esquemas vacinais recomendados, grupos-alvo e população elegvel e operacionalização da campanha de vacinação sazonal deve ser consultada na Norma em vigor.

A Norma atualmente em vigor é a: Norma n.º 007/2026, de 17/09/2026, atualizada a 30/09/2026 - Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Vacinação Primária e Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2026-2027

4.2.1. Procedimentos Específicos da Campanha de Vacinação Sazonal

Convocatória

- Pessoas com critério de patologia de risco: Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS, E.P.E.), procedem à identificação das pessoas com critério de patologia de risco a vacinar, de acordo com os critérios definidos na Norma referente à Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19 em vigor, com recurso aos sistemas de informação. Para o efeito, devem ser adotados os métodos de agendamento e convocatória das pessoas elegíveis, a definir de acordo com o plano logístico e operacional, com a disponibilização de vacinas e com a capacidade instalada nos pontos de vacinação.

Relativamente às pessoas elegíveis, que não sejam identificadas pela forma anteriormente descrita ou que não sejam seguidas no SNS, os médicos assistentes devem emitir uma declaração médica da sua elegibilidade[47] para vacinação, através da Plataforma de Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM), de acordo com um formulário disponibilizado pela SPMS E.P.E., que deve ser impressa. É igualmente suficiente, para se proceder à vacinação, a apresentação, pelo utente, de uma declaração médica por escrito, desde que devidamente assinada e identificada com vinheta médica.

- Pessoas de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou outros contextos específicos: A vacinação em contexto de ERPI, instituições similares e RNCCI deve seguir o disposto na Orientação Conjunta n.º 005/2024, de 18/09/2024, atualizada a 17/09/2025 - Operacionalização da Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe e contra a COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).[48]

A vacinação em contexto de **estabelecimentos prisionais** deve seguir o disposto na Orientação n.º 003/2026, de 20/07/2026 – Operacionalização da Vacinação em Estabelecimentos Prisionais (EP) e Centros Educativos (CE).[49]

As equipas locais de vacinação e as ULS, com a colaboração das equipas regionais de vacinação, devem implementar todas as estratégias possíveis para a vacinação em equidade de: **pessoas acamadas**, cumprindo com os critérios definidos na Norma referente à Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19 em vigor; e de **pessoas em situação de sem-abrigo**, nos locais e/ou instituições onde estas pessoas se concentram. A vacinação de pessoas em situação de sem-abrigo deve ser efetuada, preferencialmente, nos núcleos locais definidos pela Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA). A mesma deve ser articulada, localmente, com os Pontos de Contato (POC) de cada núcleo.

47 Esta declaração sobrepõe-se a qualquer informação que exista nos sistemas de informação do SNS, sem prejuízo de situações de contraindicação à vacinação.
48 Orientação Conjunta n.º 005/2024, de 18/09/2024, atualizada a 17/09/2025 - Operacionalização da Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe e contra a COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível aqui.
49 Orientação n.º 003/2026, de 20/07/2026 – Operacionalização da Vacinação em Estabelecimentos Prisionais (EP) e Centros Educativos (CE). Disponível aqui.

Os atos vacinais ocorridos em ERPI ou instituições similares, RNCCI, estabelecimentos prisionais ou outros contextos específicos, devem ser registados na plataforma VACINAS, de acordo com a Norma referente à Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19 em vigor, colocando como critério de elegibilidade para vacinação o contexto específico em que o ato vacinal ocorreu.

- Vacinação contra a gripe em contexto de Saúde Ocupacional: A vacinação sazonal contra a COVID-19 dos profissionais inseridos nos contextos ocupacionais definidos na Norma referente à Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19 em vigor é da responsabilidade dos respetivos Serviços de Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO).

- Vacinação contra a COVID-19 dos profissionais dos serviços de saúde (públicos e privados), de outros serviços prestadores de cuidados de saúde, bombeiros envolvidos no transporte de doentes e profissionais de distribuição farmacêutica: Os serviços e entidades que empregam estes profissionais, sempre que possível, através dos SST/SO, identificam os profissionais a vacinar e garantem a convocatória e o ato vacinal respetivo em pontos de vacinação, nos termos da Norma referente à Estratégia de Vacinação contra a COVID-19 em vigor.

A vacinação é realizada em pontos de vacinação definidos para o efeito, preferencialmente através dos SST/SO. Outros profissionais de saúde podem dirigir-se às unidades de saúde do SNS. Todos os profissionais deverão fazer-se acompanhar da declaração da entidade patronal, comprovativa da sua atividade profissional ou cédula profissional válida.

Cada Corporação de Bombeiros deverá organizar uma lista com os profissionais que se encontram elegíveis para vacinação sazonal, devendo entrar em contacto com as ULS e articular a vacinação sazonal dos profissionais identificados.

4.3. Vigilância da COVID-19

A vigilância e a monitorização da infeção por SARS-CoV-2 é fundamental, pelo que:

- Os casos de infeção por SARS-CoV-2, em contexto de urgência e internamento, devem continuar a ser registados nas aplicações de registo clínico eletrónico, com atribuição do código correspondente de ICD-10-CM (U07.1);

- Todos os resultados de testes laboratoriais para deteção de SARS-CoV-2 (positivos e negativos) devem ser notificados na plataforma informática de suporte ao SINAVELab, para efeitos de vigilância epidemiológica;

- Para efeitos de vigilância epidemiológica, sempre que possível, devem ser registadas as comorbilidades, nos campos designados para o efeito, em todas as plataformas de registo clínico aplicáveis;

- Em caso de óbito, sempre que existir um resultado laboratorial de teste positivo para SARS-CoV-2 e se, de acordo com a melhor opinião médica, a infeção por SARS-CoV-2 fizer parte da cadeia de eventos que levaram diretamente à morte, a informação deve ser registada ou atualizada em conformidade no Certificado de Óbito (plataforma SICO), na Parte I, pelo médico certificador (ou na Parte II, se tiver contribuído para a morte, mas que não resultou na causa básica da morte);

-A vigilância da COVID-19 e de outros vírus respiratórios é efetuada anualmente pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, I.P.), através do Programa Nacional de Vigilância da Gripe e de Outros Vírus Respiratórios, que contempla, entre outras componentes, o diagnóstico laboratorial e a caracterização virológica do vírus Influenza nas amostras biológicas provenientes das redes sentinela que o integram;

- A monitorização da efetividade da vacina contra a COVID-19 é realizada sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, I.P.).

- Em caso de surto numa instituição, o médico assistente e/ou a equipa de saúde da instituição deverão informar a Autoridade de Saúde Local territorialmente competente.

5. *Links* úteis

- Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 007/2026, de 17/09/2026, atualizada a 30/09/2026 - Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Vacinação Primária e Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2026-2027
- Direção-Geral da Saúde: Relatório final da Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2025-2026
- Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023
- *World Health Organization: Coronavirus disease (COVID-19)*
- *World Health Organization: WHO COVID-19 dashboard*
- *European Centre for Disease Prevention and Control: COVID-19*
- *European Centre for Disease Prevention and Control: Surveillance and updates on COVID-19*

6. Referências Bibliográficas

Acuti Martellucci C, *et al*. COVID-19 vaccination, all-cause mortality, and hospitalization for cancer: 30-month cohort study in an Italian province. 2025. COVID-19 vaccination, all-cause mortality, and hospitalization for cancer: 30-month cohort study in an Italian province | EXCLI Journal

Chaudhary N *et al* (2021), mRNA vaccines for infectious diseases: principles, delivery and clinical translation. 2021 mRNA vaccines for infectious diseases: principles, delivery and clinical translation | Nature Reviews Drug Discovery

Clift AK *et al.* Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. 2020 Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study | The BMJ

Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023 norma-n-0052022-de-28052022-atualizada-a-17082023-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2026), Resposta Sazonal em Saúde, vigilância e monitorização, Relatório n.º 169, Semana 09/2026 (23.02.2026 a 01.03.2026) relatorio-n-169-da-resposta-sazonal-em-saude-vigilancia-e-monitorizacao-pdf.aspx

European Centre for Disease Prevention and Control (2026). European Respiratory Virus Surveillance Summary. erviss.org

European Centre for Disease Prevention and Control (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19: Factsheet for health professionals on COVID-19

European Medicines Agency (2026), Comirnaty: Assessment report on group of variations including an extension of indication Comirnaty, INN-bretovameran, cemivameran, mRNA encoding LP.8.1

European Medicines Agency. COVID-19 medicines: Authorised COVID-19 vaccines

European Medicines Agency (2026), EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027. 2026 EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027

Faghir-Ganji M *et al*. COVID-19 vaccination and stroke risk: A systematic review and meta-analysis of ischemic and hemorrhagic events. 2026. COVID-19 vaccination and stroke risk: A systematic review and meta-analysis of ischemic and hemorrhagic events - ScienceDirect

Heidecker B *et al.* Myocarditis following COVID-19 vaccine: incidence, presentation, diagnosis, pathophysiology, therapy, and outcomes put into perspective. A clinical consensus document supported by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (ESC) and the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. 2022 Myocarditis Following COVID-19 Vaccine: Incidence, Presentation, Diagnosis, Pathophysiology, Therapy, and Outcomes Put Into Perspective. A Clinical Consensus Document Supported by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (ESC) and the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases | European Journal of Heart Failure | Oxford Academic

Hewitt J *et al*. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. 2020. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study - The Lancet Public Health

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2026), Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe Categoria - INSA

INSA (2026), Diversidade Genética do SARS-CoV-2 em Portugal SARS-CoV-2 Portugal - INSA

Khare S *et al* (2023), SARS-CoV-2 Vaccines: Types, Working Principle, and Its Impact on Thrombosis

and Gastrointestinal Disorders SARS-CoV-2 Vaccines: Types, Working Principle, and Its Impact on Thrombosis and Gastrointestinal Disorders | Applied Biochemistry and Biotechnology | Springer Nature Link

Nasreen S *et al.* Risk of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection: A multinational self-controlled case series study. 2025. Risk of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection: A multinational self-controlled case series study - ScienceDirect

Roen AO *et al.* Increased in-hospital mortality in immunocompromised individuals hospitalized with COVID-19 during the global pandemic, a multinational cohort study in the EuCARE project. 2026. Increased In-Hospital Mortality in Immunocompromised Individuals Hospitalized With COVID-19 During the Global Pandemic: A Multinational Cohort Study in the EuCARE Project | The Journal of Infectious Diseases | Oxford Academic

Shakya M, *et al* (2026), Early Detection and Surveillance of the SARS-CoV-2 Variant BA.3.2 — Worldwide, November 2024–February 2026. 2026 Early Detection and Surveillance of the SARS-CoV-2 Variant BA.3.2 Worldwide, November 2024February 2026 | MMWR

Stirrup O et al. Clinical Effectiveness of SARS-CoV-2 Booster Vaccine Against Omicron Infection in Residents and Staff of Long-term Care Facilities: A Prospective Cohort Study (VIVALDI). 2023 Clinical Effectiveness of SARS-CoV-2 Booster Vaccine Against Omicron Infection in Residents and Staff of Long-term Care Facilities: A Prospective Cohort Study (VIVALDI) | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic

UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2: Green book chapter 14a COVID-19

Williamson EJ *et al.* Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. 2020. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY | Nature

World Health Organization (2023). Coronavirus disease (COVID-19): Coronavirus disease (COVID-19)

World Health Organization (2026), COVID-19 dashboard Summary

World Health Organization (2026), COVID-19 Global Risk Assessment- Version 9 COVID-19 Global Risk Assessment- Version 9

World Health Organization (2025), COVID-19 Global situation COVID-19 - Global Situation

World Health Organization (2025), WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2 05122025_BA.3.2_IREv3

WHO (2026), Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines. 2026 Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines