

NORMA

NÚMERO: 004/2020
DATA: 23/03/2020
ATUALIZAÇÃO: 06/07/2022

ASSUNTO: **Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19**

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, SARS-CoV-2, Abordagem clínica

PARA: Sistema de Saúde

ALGORITMO

INTERACTIVO: <https://uphillhealth.com/uphill/pathways/covid19-DGS0042020>

CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO

- Medidas de isolamento e prevenção e controlo de infeção (ponto 12, 32, 34, 35, 36, e 37)
- Terapêutica farmacológica para a COVID-19 (ponto 7 e 27)

Atualmente, a situação epidemiológica em Portugal tem-se mantido estável, e verifica-se uma elevada cobertura vacinal da população, reduzindo o risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19. Assim, é possível continuar a progredir num modelo de resposta mais focado na prevenção e tratamento da doença grave, na perspetiva clínica, e na responsabilização do cidadão para o cumprimento de medidas não farmacológicas de prevenção da infeção, na perspetiva de saúde pública.

Neste contexto, importa manter no sistema de saúde, e no Serviço Nacional de Saúde, as medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as boas práticas definidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), reforçando a flexibilidade e pronta resposta da gestão dos serviços de saúde a nível regional e local, incluindo a possibilidade da reativação de infraestruturas dedicadas, perante agravamento da situação epidemiológica.

Assim, 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 emite a seguinte Norma:

1. O modelo de abordagem de pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 é implementado através das medidas e ações constantes na presente Norma, de acordo com as atribuições e competências das várias entidades do Ministério da Saúde, e é utilizada a plataforma *Trace COVID-19* (<https://tracecovid19.min-saude.pt/>), quando indicado.
2. 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, cumpre o disposto na presente Norma, com as devidas adaptações constantes nas orientações específicas para estes grupos.

ABORDAGEM DAS PESSOAS ASSINTOMÁTICAS COM INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

3. As pessoas assintomáticas com resultado **positivo**ⁱ em teste para SARS-CoV-2 devem **autoisolar-se**, procedendo da seguinte forma, consoante o tipo de teste realizado:
 - a. Testes Rápidos de Antígeno (**TRAg**) de uso profissional ou Testes Moleculares (**TAAN**), nos termos da Norma 019/2020 da DGS, aguardam a receção de **SMS até 24 a 48 horas**ⁱⁱ após a realização do teste, através da qual recebem:
 - i. Um link para aceder ao Formulário de Casos e Contatos, no termos da Norma 015/2020 da DGS;
 - ii. Declaração Provisória de Isolamento, após preenchimento e submissão do Formulário referido na alínea anterior.
 - b. **Autotestes**: caso não seja possível a realização de um TRAg de uso profissional ou TAAN no prazo de 24 horas, **contactam o SNS24**, através do qual recebem:
 - i. Requisição para realização de TRAg de uso profissional ou TAAN (confirmatório);
 - ii. Informação relativa à Declaração Provisória de Isolamento.
4. As pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que sejam **assintomáticas** à data do diagnóstico (Anexo 1)¹:
 - a. Têm indicação para **autocuidados e isolamento no domicílio**, sem necessidade de vigilância remota ou em plataforma *Trace COVID-19*;
 - b. Caso sofram de condição de **imunodepressão grave** ou **desenvolvam sintomas** de COVID-19, nos termos do ponto 5 da presente Norma, **contactam o SNS24** para encaminhamento em conformidade com o ponto 6 da presente Norma.

ABORDAGEM DAS PESSOAS SINTOMÁTICAS COM SUSPEITA DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

5. As pessoas que, independentemente do estado vacinal contra a COVID-19, apresentem os sintomas seguintes, são **consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2**^{1,2,3}:
 - a. Quadro de infeção respiratória aguda com, pelo menos, um dos seguintes sintomasⁱⁱⁱ;

ⁱ Ou resultado inconclusivo.

ⁱⁱ Ou, em alternativa, contactam para o SNS24, enquanto os sistemas se encontram em implementação.

ⁱⁱⁱ **Cefaleia, odinofagia ou mialgias, isoladamente, não definem a doença, devendo ser integrados na suspeita de infeção, conforme avaliação clínica.** Sendo rara, a síndrome inflamatória multissistémica (febre persistente, sintomas

- 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 atribuívelⁱ.
 - E/OU
 - b. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.
- 6. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem ser referenciados, através do contacto com o SNS24, de acordo com o Anexo 1, da seguinte forma^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}:
 - a. Intervenção da Emergência Médica Pré-Hospitalar, através do Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) do **INEM**, em situações de emergência médica;
 - b. **Avaliação clínica no Serviço de Urgência Hospitalarⁱⁱ:**
 - i. Dispneia ou sinais de dificuldade respiratória; e/ou,
 - ii. Sintomas e sinais de alarme: febre que não cede a antipiréticos, hipotermia, hipotensão, alteração do grau de vigília, cianose, hemoptises, toracalgia persistente, oligúria e perda de via oral (vómitos persistentes); e/ou,
 - iii. Condições de imunossupressão grave (Anexo 1); e/ou,
 - iv. Oxigenoterapia de longa duração.
 - c. **Avaliação clínica nos Cuidados de Saúde Primários:**
 - i. Ausência dos critérios da alínea anterior; e,
 - ii. Sintomas como febre com 3 ou mais dias de duração, mas que ceda a antipiréticos, pieira, tosse persistente ou produtiva mucopurulenta; e/ou,
 - iii. Doenças crónicas associadas a risco de progressão para doença grave (Anexo 1) em pessoas sem esquema vacinal contra a COVID-19 completo, nos termos da Norma 002/2021 da DGS.
 - d. **Autocuidados e isolamento no domicílio:** as restantes pessoas, sem nenhuma das condições anteriores.
- 7. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem realizar um teste laboratorial para SARS-CoV-2, nos termos da Norma 019/2020 da DGS¹³, e ser avaliadas de acordo com a elegibilidade para terapêutica farmacológica para a COVID-19, nos termos da Norma 005/2022 da DGS.
- 8. Os resultados dos testes laboratoriais realizados devem ser disponibilizados ao doente e registados na plataforma *SINAVElab* 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.

gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca *de novo*) impõe a pesquisa de SARS-CoV-2.

ⁱ Em crianças, particularmente na primeira infância, avaliar tiragem, adejo nasal, taquipneia, cianose central.

ⁱⁱ **As unidades de Coimbra, Lisboa e Porto do Instituto Português de Oncologia não estão incluídas**, atendendo ao disposto na Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio.

9. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 e:
 - a. **Resultado positivo**, num TAAN ou TRAg de uso profissional, são diagnosticados com infeção por SARS-CoV-2 (caso confirmado), nos termos da Norma 020/2020 da DGS;
 - b. **Resultado negativo** num TAAN ou TRAg de uso profissional, cessam o isolamentoⁱ e devem ser avaliadas e seguidas de acordo com a sua situação clínica¹⁴.
10. As pessoas com infeção por SARS-CoV-2 confirmada, nos termos da Norma 020/2020 da DGS, são notificadas na plataforma SINAVE.
11. Nos termos da legislação aplicável, todas as pessoas com infeção por SARS-CoV-2 confirmada devem cumprir **isolamento obrigatório** e cumprir as **medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a utilização de máscara**, nos termos da presente Norma.
12. Na sequência do contacto com o SNS24 ou através do recurso a mecanismos automatizados é emitida a Declaração Provisória de Isolamento, nos termos do disposto no artigo 19.º-A do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, na sua redação atual, com a duração de 5 dias, e de acordo com algoritmos clínicos da Direção-Geral da Saúdeⁱⁱ.
13. Sempre que clinicamente justificadoⁱⁱⁱ, pode ser emitido o Certificado de Incapacidade Temporária para o trabalho pelo médico da Unidade de Saúde Familiar (USF) / Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nas pessoas em isolamento no domicílio, ou pelo médico hospitalar, em contexto de internamento.

Autocuidados e Isolamento no Domicílio^{15,16,17,18,19,20,21}

14. As pessoas em isolamento no domicílio devem **auto-monitorizar** os seus sintomas, incluindo a febre, e manter as medidas de prevenção e controlo de infeção.
15. As pessoas em isolamento no domicílio devem **contactar o SNS24** quando se verificar **agravamento da sintomatologia** e/ou aparecimento de **critérios de gravidade clínica**, nomeadamente:
 - a. Febre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48 horas ou reaparecimento após apirexia;
 - b. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - c. Cianose;
 - d. Toracalgia;

ⁱ Exceto nas situações de forte suspeição clínica em pessoas avaliadas em contexto hospitalar, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

ⁱⁱ Decreto-Lei n.º 6-A/2022, de 7 de janeiro. A DPI pode ser cessada previamente, quando aplicável, através da emissão de um Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT), por médico, ou pela Autoridade de Saúde.

ⁱⁱⁱ Nas pessoas internadas; ou nas pessoas em autocuidados no domicílio mas sem condições clínicas para o seu regime de teletrabalho, ou nas pessoas sem condições para regressar ao trabalho após o término da declaração profilática de isolamento.

- e. Alteração do estado de consciência;
- f. Hemoptises;
- g. Vômitos persistentes ou diarreia grave;
- h. Descompensação de doença crónica.

Avaliação Clínica nos Cuidados de Saúde Primários

16. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS) devem garantir que a avaliação clínica das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, através da efetiva implementação das medidas de prevenção e controlo de infeçãoⁱ, incluindo a utilização de equipamentos de proteção individual adequados pelos profissionais de saúde, nos termos da Norma 007/2020 da DGS e a utilização de máscara cirúrgica por todos os utentes.
17. As USF e UCSP devem dispor de Testes Rápidos de Antigénio de uso profissional (TRAg), para o diagnóstico da infeção por SARS-CoV-2 na consulta.
18. Após avaliação médica, os doentes, devem ser encaminhados de acordo com os critérios clínicos (Anexo 1), para:
 - a. **Isolamento no domicílio**, com indicação para **autocuidados**, ou indicação para vigilância clínica remota, devendo para este efeito, ser realizado o registo do doente na plataforma *Trace COVID-19 (Estado Vigilância: Vigilância Sobreativa)*, pelas equipas das USF / UCSP;
 - b. **Avaliação em Serviço de Urgência Hospitalar.**

Avaliação Clínica nos Serviço de Urgência Hospitalar

19. As Unidades Hospitalares devem garantir que a avaliação clínica das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, mitigando a geração de cadeias de transmissão através da efetiva implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo:
 - a. A utilização de máscara cirúrgica por todos os utentes;
 - b. A utilização de equipamentos de proteção individual adequados, pelos profissionais de saúde, nos termos da Norma 007/2020 da DGS, adaptadas às medidas de controlo da transmissão por gotículas; e,
 - c. A seleção de **áreas do Serviço de Urgência** para avaliação das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, de acordo com a situação epidemiológica local e a dimensão e afluência de cada Serviço de Urgência, com base nas indicações dos Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), sob a coordenação do Conselho

ⁱ Medidas adequadas à prevenção da **transmissão por gotículas**, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.

de Administração da Unidade Hospitalar, e em articulação com a respetiva Administração Regional de Saúde (ARS).

20. Após avaliação médica, de acordo com os critérios do Anexo 1, as pessoas sintomáticas, devem ser encaminhadas para:
 - a. **Isolamento no domicílio**ⁱ, com indicação para **autocuidados**, ou indicação para vigilância clínica remota, devendo para este efeito, ser realizado o registo do doente na plataforma *Trace COVID-19 (Estado Vigilância: Vigilância Sobreativa)*, pelas equipas da Unidade Hospitalar²²;
 - b. Internamento hospitalar.
21. As pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 e **critérios de internamento hospitalar devem realizar um TAAN (preferencialmente rápido) ou TRAg** de uso profissional, de forma a minimizar o tempo de permanência no Serviço de Urgência, e **testes para a deteção de vírus influenza A e B**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
22. As pessoas com critérios para internamento hospitalar e teste laboratorial negativo para SARS-CoV-2, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19ⁱⁱ, devem realizar TAAN confirmatório, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

INTERNAMENTO HOSPITALAR

23. As Unidades Hospitalares devem garantir que o internamento das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ocorre em segurança, mitigando a geração de cadeias de transmissão, através da efetiva implementação de medidas de prevenção e controlo de infeçãoⁱⁱⁱ, incluindo a utilização de equipamentos de proteção individual adequados pelos profissionais de saúde, nos termos da Norma 007/2020 da DGS, e de máscara cirúrgica por todos os utentes.
24. As unidades hospitalares^{iv}, através dos GCL-PPCIRA devem organizar os circuitos de doentes, adequando as medidas de prevenção e controlo de infeção com base nas vias de transmissão de SARS-CoV-2 e na probabilidade de existirem situações potencialmente geradoras de aerossóis, do seguinte modo:

ⁱ As pessoas que não apresentem critérios de internamento têm alta do Serviço de Urgência e aguardam o resultado do teste laboratorial no domicílio.

ⁱⁱ 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.

ⁱⁱⁱ Para a via de **transmissão por gotículas** e **via área em situações ou procedimentos geradores de aerossóis**, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.

^{iv} O internamento hospitalar de doentes **com COVID-19 grave e/ou crítica** deve ser assegurado por unidades hospitalares com diferenciação para a respetiva abordagem terapêutica, não se incluindo as unidades de Coimbra, Lisboa e Porto do Instituto Português de Oncologia.

- a. **Pessoas com infeção por SARS-CoV-2 sem necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos** ou outras similares (ver infra):
 - i. Sem situações clínicas que justifiquem ou tornem previsível a necessidade de procedimentos geradores de aerossóisⁱ: internamento com medidas de **isolamento de gotículas** e de contacto, em quartos ou coortes específicos.
 - ii. Com situações clínicas que justifiquem ou tornem previsível a necessidade de procedimentos geradores de aerossóis: internamento com medidas de **isolamento de via aérea** e de contacto, em quartos ou coortes específicos.
- b. **Pessoas com infeção por SARS-CoV-2 com necessidade de cuidados de elevada diferenciação**, como por exemplo, internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Coronários, Unidade de Neurocríticos, Unidade de AVC, Bloco de Partos, entre outras similares, devem ser internadas em **zonas dedicadas destas unidades**, de forma a garantir simultaneamente a adequação da prestação de cuidados de saúde diferenciados e das medidas de prevenção e controlo de infeção.

25. De forma a garantir a atividade assistencial das Unidades de Coimbra, Lisboa e Porto do Instituto Português de Oncologia, designadamente o disposto na Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, estas Unidades devem estabelecer Planos de Contingência que definam a referência de pessoas com infeção por SARS-CoV-2 para outras Unidades Hospitalares, em articulação com a respetiva ARS, nomeadamente em situação de cluster ou surto.

Abordagem Terapêutica e Alta Hospitalarⁱⁱ

26. O **tratamento** para a COVID-19 inclui, conforme avaliação clínica individualizada:
- a. Tratamento sintomático, de suporte e das comorbilidades e doenças crónicas descompensadas;
 - b. Profilaxia de tromboembolismo venoso com heparina de baixo peso molecular, nos adultos, exceto se contraindicada;
 - c. Oxigenoterapia suplementar para SpO₂ alvo superior a 90% nos adultos e 92% na idade pediátrica, administrada de forma convencional ou em alto fluxo por cânula nasal, ou por sistemas de administração por PEEP/EPAP com válvula de resistência calibrada;
 - d. Terapêutica por via inalatória, sem nebulização;
 - e. Suporte ventilatório, nos casos selecionados, com falência da oxigenoterapia;

ⁱ Nos termos da Norma 019/2020 da DGS, são considerados **procedimentos geradores de aerossóis** (de alto risco): intubação endotraqueal e extubação, ventilação manual, tranqueostomia e procedimentos relacionados (inserção, aspiração ou remoção), broncoscopia, cinesiterapia respiratória com indução de expectoração com nebulizações com soro fisiológico, procedimentos de otorrinolaringologia da via área superior que envolvam sucção da via área, ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo.

ⁱⁱ As recomendações sobre terapêutica serão oportunamente atualizadas através da emissão de Norma específica.

f. Suporte vital por Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) em casos selecionados de insuficiência respiratória aguda grave refratária a suporte ventilatório otimizado.

27. Nas pessoas internadas a **terapêutica farmacológica específica para a COVID-19** deve seguir o disposto na Norma 005/2022 da DGS.

28. Nas pessoas 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.

29. As pessoas adultas internados com COVID-19 podem ser transferidos para **Unidades de Hospitalização Domiciliária**, nos termos da Norma 020/2018 da DGS.

30. As pessoas internadas com COVID-19 podem ter **alta hospitalar**, mantendo o isolamento no domicílio, quando, de acordo com a avaliação clínica, apresentam cumulativamente^{23,24}:

- a. Apirexia mantida há pelo menos 24 horas, sem utilização de antipiréticos;
- b. Ausência de agravamento imagiológico ou da insuficiência respiratória.

31. Para as pessoas com **indicação para vigilância clínica remota** e isolamento no domicílio, após alta hospitalar, deve para este efeito, ser realizado o registo do doente na plataforma *Trace COVID-19 (Estado Vigilância: Vigilância Sobreativa)*, pelas equipas da Unidade Hospitalar.

CRITÉRIOS DE FIM DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO²⁵

32. Durante o período de infecciosidade devem ser cumpridas as **medidas de prevenção e controlo de infeção**, nos termos da Orientação 033/2022 da DGS e cumpridas **medidas de isolamento** ajustadas ao período de maior risco de infecciosidade e numa perspetiva de Saúde Públicaⁱ.

33. O fim das medidas de isolamento é determinado **no momento em que se comprova o cumprimento cumulativo** dos seguintes critérios:

a. **Critérios de melhoria clínica:**

- i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
- ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivosⁱⁱ;

ⁱ A duração da infecciosidade depende sobretudo da gravidade da doença desenvolvida, mas também das variantes de SARS-CoV-2. Para as variantes atuais, verifica-se que o pico de carga viral ocorre entre o 2.º e o 5.º dia desde o início dos sintomas, estimando-se que a infecciosidade diminua progressivamente após o 5.º dia. Embora a cultura viral não esteja estabelecida como indicador único de infecciosidade, os estudos disponíveis sugerem que o número de pessoas com culturas virais positivas diminui progressivamente após o início dos sintomas. Assim, após o 5.º dia desde o início dos sintomas é possível ainda transmitir o vírus, pelo que o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção é fundamental para diminuir o risco de contágio, no atual momento epidemiológico e da resposta à pandemia.

ⁱⁱ Anosmia, disgeusia, fadiga podem persistir durante semanas, não devendo ser considerados para definir fim do isolamento.

- b. **Tempo mínimo de isolamento:**
- i. Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas;
 - ii. Contado desde a data de realização do teste que diagnosticou a infeção nas pessoas assintomáticas, e nos doentes com incapacidade de datação do início dos sintomas.
34. Para efeitos do ponto anterior, o **tempo mínimo de isolamento** é:
- a. Para as pessoas com **infeção assintomática** ou **doença ligeira: 5 dias**.
 - b. Para as pessoas com **infeção assintomática** ou **doença ligeira, internadas** ou em **ERPI** devem ser acrescentados **mais 2 dias** ao tempo mínimo de isolamento da alínea anterior, pela vulnerabilidade das populações.
 - c. Para as pessoas com **doença moderada: 10 dias**.
 - d. Para as pessoas com **doença grave: 20 dias ou 10 dias com Teste Rápido de Antígeno (TRAg) de uso profissional negativo**.
 - e. Para as pessoas com **imunodepressão grave** (Anexo 1) o fim das medidas de isolamento deve ser decidido caso-a-caso pelo médico assistente.
35. As pessoas com **infeção assintomática** ou **doença ligeira** cujo fim das medidas de isolamento é estabelecido após 5 dias desde o início dos sintomas ou da data de realização do teste que diagnosticou a infeção **devem usar máscara cirúrgica em todas as ocasiões, pelo menos, durante mais 5 dias**, nos termos da Orientação 011/2021 da DGS.
36. Aos **profissionais com infeção assintomática ou doença ligeira**, que prestem cuidados diretos a pessoas vulneráveis, nomeadamente em **estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde ou em ERPI**, recomenda-se **evitar essa atividade durante mais 2 dias**, após o fim do período de isolamento.
37. Em **contexto hospitalar:**
- a. O fim das medidas de isolamento, nos termos do ponto 24 da presente Norma, cumprem o disposto no ponto anterior, isto é, são determinados de acordo com a gravidade da doença.
 - b. De acordo com a avaliação individualizada, com a participação do GCL-PPCIRA, podem realizados testes para SARS-CoV-2, preferencialmente Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) de uso profissional, para a gestão do fim das medidas de isolamento e transferência de doentes.
38. As pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados na presente Norma, não realizam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos **180** dias subsequentes ao fim do isolamento, exceto se desenvolverem sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, nos termos do ponto 8 da presente Norma.

39. Todas as pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados na presente Norma, devem manter o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as recomendações da DGS.
40. 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.
41. Deve constar no processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
42. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

Pela Diretora-Geral da Saúde



Rui Portugal
Subdiretor-Geral da Saúde



ALGORITMO CLÍNICO INTERATIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Utilize o código QR para abrir o algoritmo em aplicação móvel.

Parceria DGS - UpHill

<https://uphillhealth.com/uphill/pathways/covid19-DGS0042020>

ANEXO 1

Critérios de Gravidade, Referenciação e Internamento da COVID-19

A avaliação das pessoas com suspeita e/ou confirmação da infeção por SARS-CoV-2 deve contemplar os parâmetros de gravidade de apresentação clínica (Quadro 1) e condições associadas a evolução para COVID-19 grave (Quadro 2)^{4,9,10,11,26,27,28,29,30,31}.

Quadro 1: Gravidade da apresentação clínicaⁱ

1. **Infeção assintomática**
2. **Doença ligeira:** sintomas ligeiros;
3. **Doença moderada:** febre com 3 ou mais dias de duração, ou dispneiaⁱ mas com saturação periférica de O₂ \geq 90% (ou \geq 92% na idade pediátrica) em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;
4. **Doença grave:** pneumonia e, pelo menos, um dos seguintes critériosⁱⁱ:
 - a. Dificuldade respiratória, frequência respiratória superior a 30 cpm, ou SpO₂ inferior a 90% em ar ambiente;
 - b. Instabilidade hemodinâmica.
5. **Doença crítica:** síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) ou choque séptico.

Quadro 2: Condições associadas a evolução para COVID-19 grave:

1. **Imunodepressão grave**, 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. Realização de terapêuticas associadas a depleção linfocitária (esplenectomia ou terapêutica com alemtuzumab, leflunomida, rituximab e ocrelizumab), cladribina, ciclosporina, anti-metabolitos (terapêutica com ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo, metotrexato³²) ou dose elevada de corticosteroides (prednisolona dose cumulativa >10mg/dia durante, pelo menos, três meses ou prednisolona >20mg/dia durante, pelo menos, duas semanas ou equivalente);
 - d. Realização de inibidores da proteína quinase, terapia com CAR-T, ou quimioterapia para neoplasia de órgão sólido há menos de 6 meses;
 - e. Infeção por VIH sem tratamento e com contagem TCD4⁺ inferior a 200 células/mm³;
 - f. Síndrome de imunodeficiência primária grave sob reposição de imunoglobulinas.
2. **Doença crónica:**
 - a. Doença pulmonar crónica;
 - b. insuficiência cardíaca;
 - c. Insuficiência renal crónica;
 - d. Cirrose hepática;
 - e. Diabetes *mellitus* sob insulino-terapia;

ⁱ Em crianças, avaliar 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.

- f. Obesidade com IMC ≥ 35 Kg/m²;
 - g. Síndrome de *Down*;
 - h. Doença falciforme;
 - i. Doença neurológica ou cerebrovascular associada a disfagia neurológica.
3. **Idade igual ou superior a 60 anos;**
 4. **Gravidez.**

Conforme a avaliação dos critérios clínicos do ponto anterior, as pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 são referenciadas de acordo com a necessidade de avaliação clínica presencial.

Quadro 3: Critérios de referenciação para avaliação clínica presencial e seguimento clínico			
Gravidade da Doença	Condições específicas	Avaliação clínica presencial	Seguimento clínico
Assintomática	-	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
	Imunossupressão grave (Quadro 2)	Não	Vigilância clínica remota no domicílio (<i>Trace COVID-19</i>)
Ligeira	Não	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
	Doenças crónicas associadas a evolução para COVID-19 grave (Quadro 2) em pessoas sem esquema vacinal completo	CSP	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento, podendo incluir vigilância clínica remota no domicílio (<i>Trace COVID-19</i>)
	Imunossupressão grave (Quadro 2) ou Oxigenoterapia de longa duração	SU	
Moderada	-	CSP	
	Imunossupressão grave (Anexo 2) ou Oxigenoterapia de longa duração	SU	
Grave	-	SU	Internamento Hospitalar

Os critérios de internamento hospitalar e de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos são:

Quadro 4: Critérios de Internamento Hospitalar

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

1. Doença grave ou crítica, conforme o ponto 1 do presente anexo;
2. Febre persistente que não cede a antipiréticos;
3. Alteração do grau de vigília;
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.

Quadro 5: 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 ≥ 30 cpm;
 - b. $PaO_2/FiO_2 \leq 250$;
 - c. Pneumonia com envolvimento multilobar;
 - d. Alteração do estado de consciência;
 - e. Ureia ≥ 42 mg/dL (BUN ≥ 20 mg/dL);
 - f. Leucopénia ($< 4000/mm^3$), na ausência de outra causa;
 - g. Trombocitopénia ($< 100000/mm^3$), na ausência de outra causa;
 - h. Hipotermia ($< 35^\circ C$);
 - i. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva.

Quadro 6: Critérios de Admissão em UCI para a Idade Pediátrica^{33, 34, 35}

Todos os doentes com pelo menos um dos seguintes critérios, devem ser admitidos em UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19:

1. Hipoxemia sem resposta à terapêutica convencional com oxigenoterapia suplementar por cateter nasal ou máscara com concentrador de oxigénio;
2. Pneumonia grave com $SatO_2 < 92\%$ e com frequência respiratória > 70 cpm (para pessoas com menos de 12 meses de idade) ou > 50 cpm (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 instabilidade hemodinâmica.

ANEXO 2

Protocolo para vigilância clínica remota durante o isolamento em domicílio

1. A avaliação e vigilância clínica remota das pessoas com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, nos termos da presente Norma, é assegurada pelas equipas de saúde da USF / UCSP e inclui:
 - a. Avaliação clínica com exclusão de sinais de alarme (ponto 6 da presente Norma) e/ou critérios para avaliação presencial (Anexo 2).
 - b. Prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
 - c. Prescrição do teste laboratorial para SARS-CoV-2, quando clinicamente indicado, na plataforma *Exames Sem Papel*, se ainda não tiver sido efetuada;
 - d. Notificação do caso confirmado de infeção na plataforma SINAVeMed;
 - e. A informação de que, em caso de agravamento de sintomas, deve ser contactada a equipa de saúde da USF / UCSP que o acompanha, a Linha SNS24 ou o 112;
 - f. Articulação com as Autoridades de Saúde, quando aplicável.
2. Sempre que considerado clinicamente adequado, pode ser programada uma avaliação presencial nos Cuidados de Saúde Primários (preferencialmente com pré-agendamento), ou referenciação para avaliação em Serviço de Urgência.
3. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada no domicílio, pelas Farmácias Comunitárias, ou através das respostas organizadas a nível local.
4. A vigilância remota pode ser assegurada, mediante avaliação clínica por médico:
 - a. Através de autoreporte, em situações de:
 - i. Estabilidade clínica e ausência de sinais de alarme e/ou critérios para avaliação clínica presencial;
 - 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.
5. No caso de ser adotada a modalidade de seguimento através de autoreporte de sintomas, nos termos do número anterior:
 - a. O registo de sintomas é realizado pelo utente, através da funcionalidade disponível no 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, ou outros sinais de alarme definidos na presente Norma;
 - c. A vigilância remota, através de auto-reporte, deve ser interrompida sempre que se verificar um agravamento clínico ou qualquer outra situação que o justifique.

6. Nas situações em que a equipa de saúde das USF/UCSP considere que a pessoa não tem necessidade de manter vigilância clínica remota no domicílio, procede-se à alteração do estado de vigilância, na plataforma *Trace COVID-19*, para “Sem Vigilância”, mantendo o estado da pessoa e o estado do exame.
7. 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 / Consultas Não Presenciais”.

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

Peritos e Instituições auscultadas durante o desenvolvimento da Norma

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, Luis Graça, Maria João Brito, Margarida Tavares, Marta Marcelino, Miguel Cabral, Natália Pereira, Pedro Pacheco, Rita Sá Machado, Rui Nogueira, Sérgio Gomes, Susana Santos, Tiago Soares, Válter Fonseca, Vera Silva.

Foi auscultado o Programa Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e o Programa Nacional de Doenças Oncológicas.

Foram auscultadas as seguintes instituições: ACSS, IP, INEM, IP, INFARMED, IP, INSA, IP, SPMS, EPE, Administrações Regionais de Saúde, Autoridades de Saúde Regionais, a Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos e a Ordem dos Médicos.

Presente atualização

António Sarmiento, Armando Brito de Sá, Artur Paiva, Catarina Damásio, Fernando Maltez, Filipe Froes, Helena Rebelo de Andrade, Hugo Esteves, João Rodrigues, José Gonçalo Marques, Leonardo Vinagre, Luis Graça, Manuel Carmo Gomes, Maria João Brito, Margarida Tavares, Rui Nogueira, Válter Fonseca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bergwerk M, Gonen T, Lustig Y, *et al.* Covid-19 Breakthrough Infections in Vaccinated Health care Workers. *N Engl J Med* 385, 1474 (2021).
- ² Agyeman AA, Chin KL, Landersdorfer CB, *et al.* Smell and Taste Dysfunction in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 95, 1621 (2020).
- ³ Cohen PA, Hall LE, John JN, Rapoport AB. The Early Natural History of SARS-CoV-2 Infection: Clinical Observations From an Urban, Ambulatory COVID-19 Clinic. *Mayo Clin Proc* 95, 1124 (2020).
- ⁴ Rosenthal N, Cao Z, Gundrum J, *et al.* Risk Factors Associated With In-Hospital Mortality in a US National Sample of Patients With COVID-19. *JAMA Netw Open* 3, e2029058 (2020).
- ⁵ Docherty AB, Harrison EM, Green CA, *et al.* Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* 369, 1985 (2020).
- ⁶ Yang X, Yu Y, Xu J, *et al.* Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 8, 475 (2020).
- ⁷ Zhou F, Yu T, Du R, *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 (2020).
- ⁸ Liang W, Liang H, Ou L, *et al.* China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Development and Validation of a Clinical Risk Score to Predict the Occurrence of Critical Illness in Hospitalized Patients With COVID-19. *JAMA Intern Med* 180, 1081 (2020).
- ⁹ Harrison SL, Fazio-Eynullayeva E, Lane DA, *et al.* Comorbidities associated with mortality in 31,461 adults with COVID-19 in the United States: A federated electronic medical record analysis. *PLoS medicine* 17, e1003321, (2020).
- ¹⁰ Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, *et al.* Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 323, 2052 (2020).
- ¹¹ Hippisley-Cox J, Coupland C A, Mehta N, *et al.* Risk prediction of covid-19 related death and hospital admission in adults after covid-19 vaccination: national prospective cohort study *BMJ* 374, 2244 (2021).
- ¹² COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
- ¹³ Hanson K, Caliendo A, Arias CA, *et al.* IDSA Guidelines on the Diagnosis of COVID-19: Molecular Diagnostic Testing. IDSA on 5/6/2020. Atualizado a 12/23/2020.
- ¹⁴ Cheng MP, Papenburg J, Desjardins M, *et al.* Diagnostic Testing for Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus 2: A Narrative Review. *Ann Intern Med* 172, 726 (2020).
- ¹⁵ Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* 368, 998 (2020).
- ¹⁶ Crane SJ, Ganesh R, Post JA, Jacobson NA. Telemedicine Consultations and Follow-up of Patients With COVID-19. *Mayo Clin Proc* 95, 33 (2020).
- ¹⁷ Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 368, 1182 (2020).
- ¹⁸ Lee YH, Hong CM, Kim DH, *et al.* Clinical Course of Asymptomatic and Mildly Symptomatic Patients with Coronavirus Disease Admitted to Community Treatment Centers, South Korea. *Emerg Infect Dis* 26, 2346 (2020).
- ¹⁹ World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Updated February 4, 2020. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).

- ²⁰ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in collaboration with NHS England and NHS Improvement. Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. *BMJ* 369, 1461 (2020).
- ²¹ Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH. IDSA Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. IDSA (atualizado em 23/03/2022).
- ²² Banerjee J, Canamar CP, Voyageur C, *et al.* Mortality and Readmission Rates Among Patients With COVID-19 After Discharge From Acute Care Setting With Supplemental Oxygen. *JAMA Netw Open* 4, e213990 (2021).
- ²³ Banerjee J, Canamar CP, Voyageur C, *et al.* Mortality and Readmission Rates Among Patients With COVID-19 After Discharge From Acute Care Setting With Supplemental Oxygen. *JAMA Netw Open* 4, e213990 (2021).
- ²⁴ Gordon WJ, Henderson D, DeSharone A, *et al.* Remote Patient Monitoring Program for Hospital Discharged COVID-19 Patients. *Appl Clin Inform* 11, 792 (2020).
- ²⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on ending the isolation period for people with COVID-19, third update. Estocolmo, ECDC (2022).
- ²⁶ Lighter J, Phillips M, Hochman S, *et al.* Obesity in Patients Younger Than 60 Years Is a Risk Factor for COVID-19 Hospital Admission. *Clin Infect Dis* 71, 896 (2020).
- ²⁷ Ali NM, Alnazari N, Mehta S. Development of COVID-19 Infection in Transplant Recipients After SARS-CoV-2 Vaccination. *Transplantation* 105, 9, 104-106 (2021).
- ²⁸ Thakkar A. *et al.* Seroconversion rates following COVID-19 vaccination among patients with cancer. *Elvesier* (2020).
- ²⁹ Palich R. *et al.* Weak immunogenicity after a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in treated cancer patients. *Ann. Oncol.* 2019–2021 (2021).
- ³⁰ Monin L. *et al.* Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study. *Lancet Oncol* 22, 765–778 (2021).
- ³¹ Strangfeld *et al.* Factors associated with COVID-19-related death in people with rheumatic diseases: results from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. *Epidemiological Science* (2021).
- ³³ Lu X, Zhang L, Du H, *et al.* SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* 382, 1663 (2020).
- ³⁴ CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69, 422 (2020).
- ³⁵ Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, *et al.* Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet* 395, 1607 (2020).