

NORMA

NÚMERO: 004/2020
DATA: 23/03/2020
ATUALIZAÇÃO: 31/08/2020

ASSUNTO: **COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO**
Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Coronavírus, SNS24, Áreas Dedicadas COVID-19 (ADC)

PARA: Sistema de Saúde

CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro e ao abrigo do disposto na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto e nos Decretos-Lei n.º 81/2009 e n.º 82/2009, ambos de 2 de abril, com as alterações em vigor, a Direção-Geral da Saúde, enquanto prepara a revisão científica da Norma 004/2020, procede **pontualmente à atualização do Anexo 5, 8 e 9**, na qual se destaca:

- I. A **implementação do autoreporte** (Anexo 5) para o seguimento clínico dos doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 em isolamento, no domicílio.

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia internacional, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença.

Com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020 de 17 de abril.

Considerando a reorganização dos recursos humanos e materiais afetos à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para dar resposta à avaliação e tratamento dos doentes com COVID-19, importa continuar a adaptar a abordagem clínica dos doentes com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2 no SNS. Em especial, por forma a garantir a prestação de cuidados de saúde e a implementação das medidas de Saúde Pública adequadas.

Atendendo ao alargamento progressivo da expressão geográfica da Pandemia COVID-19 em Portugal, urge planear as medidas que garantam uma resposta adequada, atempada e articulada de todo o sistema de saúde¹. Assim, o modelo de abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 no SNS, aplicável às unidades de todo o sistema de saúde, para a fase de mitigação da Pandemia de COVID-19, foi implementado pela Norma 004/2020 de 23 de março, vigente desde as 00:00 horas do dia 26 de março de 2020.

A rápida evolução científica impõe uma atenta e constante atualização dos modelos de abordagem clínica, progressivamente mais robustos e continuamente adaptados à evolução epidemiológica e às medidas de Saúde Pública implementadas.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro e ao abrigo do disposto na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto e nos Decretos-Lei n.º 81/2009 e n.º 82/2009, ambos de 2 de abril, com as alterações em vigor, a Direção-Geral da Saúde procede à primeira atualização da Norma 004/2020, e emite a seguinte Norma, com **produção de efeitos às 00:00 de dia 28 de abril de 2020**:

Abordagem de Pessoas com Suspeita de COVID-19. Definição de Caso e Critérios de Recuperação e Cura.

1. As pessoas que desenvolvam quadro respiratório agudo com tosse (de novo ou agravamento da tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória, são consideradas suspeitas de COVID-19.

¹ World Health Organization (WHO). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. 19 March 2020.

2. As pessoas com suspeita de COVID-19 ligam para a Linha SNS24 (808 24 24 24) ou, de forma complementar, para linhas telefónicas criadas especificamente para o efeito², pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), em Unidades de Saúde Familiares (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), divulgadas com recurso aos parceiros regionais e locais.
3. A avaliação pela Linha SNS24, ou pelas linhas telefónicas criadas para o efeito nas USF / UCSP, permite o encaminhamento do doente suspeito de COVID-19 para (Diagrama):
 - a. Autocuidados, em isolamento no domicílio e sob vigilância (Anexo 1);
 - b. Avaliação clínica em Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários (ADC-COMUNIDADE) (Anexo 2);
 - c. Avaliação clínica em Áreas Dedicadas COVID-19 nos Serviços de Urgência do SNS (ADC-SU) (Anexo 3);
 - d. CODU do INEM.
4. Todos os doentes com suspeita de COVID-19, nos termos do ponto 1 da presente Norma, são notificados no SINAVE (área médicos).
5. Os doentes com suspeita de COVID-19 devem ser submetidos a teste laboratorial (rRT-PCR) para SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior), nos termos da Orientação n.º 015/2020 e da Norma 007/2020 da DGS.
6. Todos os resultados dos testes laboratoriais são notificados na plataforma informática de cada laboratório. Os resultados devem ser registados no SINAVE (área laboratórios), através de *webservice* ou formulários.
7. Nas situações em que não seja possível testar todos os doentes com suspeita de COVID-19, têm prioridade para a realização do teste laboratorial os seguintes³:
 - a. Doentes com critérios de internamento hospitalar;
 - b. Recém-nascidos e grávidas;
 - c. Profissionais de saúde;
 - d. Doentes com comorbilidades, nomeadamente com DPOC, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, doença hepática crónica, doença renal crónica, neoplasia maligna ativa, ou estados de imunossupressão;
 - e. Em situações de surto ou para os evitar, os utentes e/ou residentes da RNCCI, ERPI, instituições de acolhimento, e reclusos;
 - f. Doentes com contacto próximo com pessoas com as comorbilidades identificadas acima;
 - g. Profissionais indicados na Orientação n.º 019/2020 da DGS.

² European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increase transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update. 25 March 2020.

³ European Commission. COVID-19 EU recommendations for testing strategies. 18 March 2020.

8. Os doentes que demonstrem ausência completa da febre (sem recurso a antipiréticos) e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos são avaliados relativamente aos critérios de cura^{4,5,6}.
9. Nos doentes que cumpram os critérios do ponto anterior, a cura é determinada^{5,6,7,8}:
 - a. Nos doentes sem internamento hospitalar por COVID-19: por um teste laboratorial (rRT-PCR) negativo, realizado, no mínimo, 14 dias após o início dos sintomas.
 - b. Nos doentes com internamento hospitalar por COVID-19: por dois testes laboratoriais (rRT-PCR) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença, realizados, no mínimo, 14 dias após o início dos sintomas.

Doentes com Indicação para Autocuidados⁹

10. Os doentes com suspeita de COVID-19 têm indicação para autocuidados, sem necessidade de avaliação clínica inicial e presencial em ADC, quando apresentem idade inferior a 60 anos e¹⁰:
 - a. Apresentam sintomas ligeiros, tais como febre não persistente (< 3 dias), com boa resposta aos antipiréticos e/ou tosse, e;
 - b. Não apresentam dispneia ou dificuldade respiratória, hemoptises, vômitos e diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma ou sinal de gravidade clínica, e;
 - c. Não apresentam comorbilidades crónicas ou outras condições que aumentam o risco de evolução para COVID-19 com gravidade.
11. Para a gestão de doentes em autocuidados e ambulatório é implementada a plataforma “Trace COVID-19” (<https://tracecovid19.min-saude.pt/>), uma ferramenta de suporte aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, incluindo as Equipas de Saúde Pública e Autoridades de Saúde, para que, através de um conjunto de tarefas geradas pelo sistema, implementem o seguimento clínico efetivo e as medidas de Saúde Pública adequadas a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

⁴ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Discontinuation of transmission-based precautions and disposition of patients with COVID-19 in healthcare settings. 23 March 2020.

⁵ ECDC. Novel coronavirus (SARS-CoV-2): discharge criteria for confirmed COVID-19 cases – When is it safe to discharge COVID-19 cases from the hospital or end home isolation?

⁶ ECDC. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19. First update. 8 April 2020.

⁷ Atkinson, B. et al. SARS-CoV-2 shedding and infectivity. *The Lancet* (2020).

⁸ Wölfel, R. et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* (2020).

⁹ WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts. 17 March 2020.

¹⁰ Genhalgh T et al. COVID-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020; 368:m1182.

12. Os doentes com indicação para autocuidados:

- a. Permanecem em isolamento no domicílio¹¹, em cumprimento estrito das indicações da Orientação n.º 010/2020 da DGS;
- b. São avaliados e monitorizados telefonicamente pela equipa de saúde USF / UCSP;
- c. São submetidos a teste laboratorial para SARS-CoV-2, em regime de ambulatório (de acordo com o ponto 5 da presente Norma);
- d. São informados sobre o resultado do teste laboratorial e das recomendações a seguir de acordo com os resultados.

13. Para o efeito do disposto no número anterior:

- a. As ARS em articulação com o INSA e a ACSS¹²:
 - i. Garantem o mapeamento dos locais disponíveis/reconhecidos para a colheita de amostras e realização de testes laboratoriais e o seu envio ao SNS24, em formato estruturado definido pela SPMS, e às USF / UCSP / Unidades de Saúde Pública.
- b. A Linha SNS24, após averiguar os critérios de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 4):
 - i. Garante a informação, ao doente, relativa ao folheto informativo anexo à Orientação n.º 010/2020 da DGS;
 - ii. Garante a inclusão do doente no “Trace-COVID-19” com a informação do nome, número de utente, morada e número de telemóvel.
- c. As equipas de saúde das USF / UCSP, garantem a:
 - i. Realização de avaliação telefónica de seguimento até 24 horas após o contacto com a Linha SNS24 ou linhas telefónicas criadas para o efeito nas USF / UCSP, com recurso ao “Trace-COVID-19”, e de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 5;
 - ii. Prescrição do teste laboratorial, nos termos do ponto 5 da presente Norma, através da plataforma *Exames Sem Papel*, nos casos suspeitos de COVID-19, enviada ao doente por SMS;
 - iii. Notificação do caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - iv. Inserção do doente no “Trace COVID-19”, nos casos em que o contacto do doente não foi através da Linha SNS24;
 - v. Informação, ao doente, relativa aos folhetos informativos anexo à Orientação n.º 010/2020 da DGS;
 - vi. Informação ao doente sobre o resultado do teste laboratorial.

¹¹ Ou outras áreas criadas, a nível regional ou local, destinadas para o efeito.

¹² Consultar em: <https://covid19.min-saude.pt/laboratorios-referenciados/>

- d. Os laboratórios, e/ou outros serviços disponíveis para o efeito (como os *drive-thru*), garantem:
 - i. Após o contacto pelo doente ou seu representante, a validação da requisição através da plataforma *Exames Sem Papel*;
 - ii. O agendamento da colheita;
 - iii. A colheita das amostras no domicílio, ou em instalações de colheita dedicadas a doentes suspeitos de COVID-19¹³, e a realização dos testes laboratoriais, no prazo máximo de 72 horas, após contacto pelo doente ou seu representante;
 - iv. A notificação do resultado do teste laboratorial no SINAVE (área laboratórios);
 - v. Inserção do resultado analítico no Registo de Saúde Eletrónico (RSE).
 - e. Os doentes em isolamento e vigilância no domicílio:
 - i. Respeitam todas as recomendações das equipas de saúde e as que constam do folheto informativo anexo à Orientação n.º 010/2020 da DGS;
 - ii. Após a receção do SMS com a requisição do teste laboratorial contactam (preferencialmente por email ou telefone) um local de colheita autorizado de modo a proceder ao respetivo agendamento e realização do mesmo.
 - f. As Equipas de Saúde Pública/Autoridades de Saúde garantem a:
 - i. Realização do inquérito epidemiológico, rastreio de contactos, e a implementação das medidas de Saúde Pública adequadas, com recurso ao SINAVE e “Trace-COVID-19”.
 - ii. Preenchimento do inquérito epidemiológico no SINAVE (área saúde pública).
14. Para os doentes com COVID-19 em autocuidados é determinado o confinamento obrigatório pela Autoridade de Saúde e emitido o Certificado de Incapacidade para o Trabalho (CIT), pelo médico da USF / UCSP, nos termos da alínea a) do art.º 3.º do Decreto n.º 2-B/2020 de 2 de abril.
15. Os doentes que não cumpram as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio, indicadas no Anexo 4, e para os quais não exista uma alternativa definida a nível regional ou local, são encaminhados pela Linha SNS24 para a Área Dedicada COVID-19 de um Serviço de Urgência (ADC-SU) em ambulância, caso não possam utilizar veículo próprio.
16. Os doentes com resultado laboratorial negativo seguem as recomendações dadas pelas equipas das USF / UCSP, no momento em as equipas de saúde o informem desse resultado, concluindo-se a gestão do seu caso no “Trace COVID-19”.

¹³ Garantindo o cumprimento da Orientação n.º 015/2020 e da Norma 007/2020 da DGS.

17. Os doentes em domicílio, com resultado laboratorial positivo, mantêm-se em isolamento e sob seguimento clínico de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 5 e a Orientação n.º 010/2020 da DGS.
18. Os doentes em domicílio, com resultado laboratorial positivo, que fiquem assintomáticos durante o seguimento, realizam o teste laboratorial de acordo com o ponto 9.
19. Os doentes com resultado negativo no teste laboratorial realizado nos termos do ponto 18 são considerados curados e deixam de ter indicação para isolamento sob vigilância, no domicílio, cessando a sua gestão no “Trace COVID-19” e retomando o seu seguimento clínico habitual.
20. Os doentes com resultado positivo no(s) teste(s) laboratorial(s) realizado nos termos do ponto 18 ficam em isolamento no domicílio sob vigilância durante mais 7 dias, repetindo o teste. Nestas situações a avaliação deverá ser caso a caso, em função da resolução de sintomas e do período já decorrido em isolamento.
21. Para os efeitos dispostos nos números 18 e 20, o médico que efetua o seguimento clínico, de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 5, procede à emissão de requisição dos testes necessários através da plataforma *Exames Sem Papel*.

Doentes com Indicação para Avaliação Clínica nas Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários

22. As ARS, os Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde (ULS) e os Diretores Executivos dos ACES garantem a criação de, pelo menos uma Área Dedicada COVID-19 (ADC-COMUNIDADE) em cada ACES, com um número adicional de ADC-COMUNIDADE de acordo com a densidade populacional, a dispersão geográfica e a evolução epidemiológica regional e local de COVID-19.
23. As ADC-COMUNIDADE (Anexo 6) são áreas dedicadas para observação, avaliação clínica e colheita de amostras para teste laboratorial de casos suspeitos de COVID-19, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.
24. As ARS, os Conselhos de Administração das ULS e os Diretores Executivos dos ACES devem garantir, com as autarquias locais e os parceiros regionais e locais, a informação adequada aos cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADC-COMUNIDADE.
25. As ADC-COMUNIDADE devem estar bem identificadas, com sinalética apropriada, para garantir a separação dos circuitos dos doentes com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes doentes.

26. Sempre que, regional ou localmente, for considerado mais adequado, as ARS e os Diretores Executivos dos ACES poderão optar pela total conversão de edifícios dos ACES em ADC-COMUNIDADE.
27. Os doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 têm indicação para avaliação clínica na ADC-COMUNIDADE quando não cumprem os critérios para autocuidados nem para observação na ADC de um Serviço de Urgência, e sempre que a avaliação clínica se imponha de forma a garantir a segurança da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente quando os doentes:
 - a. Apresentam idade superior a 60 anos, e/ou;
 - b. Não apresentam dispneia ou dificuldade respiratória, hemoptises, vômitos e diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma ou sinal de gravidade clínica, e/ou;
 - c. Apresentam comorbilidades que não determinam o internamento hospitalar, exceto se existirem sinais de descompensação clínica (a avaliar na ADC-COMUNIDADE).
28. Os doentes que, de acordo com a Linha SNS24 ou avaliação clínica nas linhas telefónicas criadas para o efeito nas USF / UCSP, tenham indicação para avaliação nos Cuidados de Saúde Primários são encaminhados para a ADC-COMUNIDADE.
29. O transporte para ADC-COMUNIDADE é realizado, preferencialmente em veículo próprio. O recurso ao transporte em ambulância é limitado para ocorrências em locais públicos e doentes que não tenham qualquer possibilidade de transporte particular, não devendo ser utilizados transportes públicos.
30. Todos os doentes que recorram presencialmente aos Cuidados de Saúde Primários (USF / UCSP) com os sintomas descritos no ponto 1 da presente Norma são submetidos a avaliação clínica na ADC-COMUNIDADE, e sempre que sejam considerados suspeitos para COVID-19 são avaliados relativamente aos critérios de internamento e necessidade de avaliação em Serviço de Urgência (Anexo 7).
31. Os doentes que cumpram os critérios de internamento ou necessidade de avaliação em Serviço de Urgência são encaminhados para a ADC de um Serviço de Urgência (ADC-SU), em veículo próprio ou, se tal não for possível, em ambulância.
32. Os doentes que não cumpram condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 4), e para os quais não exista uma alternativa definida a nível regional ou local, são encaminhados a ADC-SU.
33. Os doentes sem indicação para avaliação na ADC-SU, caso sejam considerados suspeitos para COVID-19 após a avaliação clínica, são submetidos a teste laboratorial, no ADC-COMUNIDADE ou noutros locais disponíveis para o efeito, em cada região ou local.

34. Para o efeito do disposto no número anterior, as ARS definem a rede de laboratórios disponíveis para o processamento das amostras e realização dos testes, a nível regional ou local.
35. Os doentes identificados no ponto 33 têm indicação para autocuidados, isolamento no domicílio e vigilância/seguimento clínico.
36. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa da ADC-COMUNIDADE, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto 13 a 21 da presente Norma:
 - a. Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - b. Insere o doente no “Trace-COVID-19”, confirmando a informação relativa a nome, n.º de utente, morada e n.º de telemóvel;
 - c. Entrega o folheto anexo à Orientação 010/2020 da DGS.

Doentes com Indicação para Avaliação Clínica nas Áreas Dedicadas COVID-19 nos Serviços de Urgência e Internamento Hospitalar

37. Os Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares e Hospitais (CHH) e das Unidades Locais de Saúde (ULS), devem garantir a criação de uma Área Dedicada COVID-19 (ADC-SU) em cada Serviço de Urgência de cada unidade hospitalar, de acordo com as condições descritas no Anexo 6, e de enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19¹⁴.
38. Após ser esgotada a capacidade de resposta dos hospitais de referência identificados para o tratamento dos doentes COVID-19 em idade pediátrica¹⁵, poderá ser adequado, em função das condições regionais e locais, a reorganização dos serviços por forma a dedicar unidades hospitalares exclusivamente ao tratamento de doentes com COVID-19 em idade pediátrica.
39. As ADC-SU (Anexo 6) são áreas dedicadas à observação, avaliação clínica, abordagem terapêutica e colheita de amostras para teste laboratorial de casos suspeitos de COVID-19, em contexto de Serviço de Urgência Hospitalar.
40. As ADC-SU devem estar bem identificadas, com sinalética apropriada, para garantir a separação dos circuitos dos doentes com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes.
41. Os doentes que, de acordo com a Linha SNS24 ou com a avaliação clínica na ADC-COMUNIDADE, tenham indicação para avaliação clínica na ADC-SU são encaminhados, em veículo próprio, ou em ambulância ao Serviço de Urgência com ADC-SU.

¹⁴ Com exceção do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto.

¹⁵ Consultar em: <https://covid19.min-saude.pt/dispositivos-de-saude-publica/>

42. Todos os doentes que recorram presencialmente ao SU, incluindo através do CODU/INEM, com os sintomas descritos no ponto 1 da presente Norma são submetidos a avaliação clínica na ADC-SU, e sempre que sejam considerados suspeitos para COVID-19 realizam o teste laboratorial.
43. Os doentes que não apresentem qualquer um dos critérios de internamento definidos no Anexo 7 e que, cumulativamente, cumpram as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio constantes no Anexo 4, ou que possam ser encaminhados para uma alternativa domiciliária definida a nível regional ou local, devem ser encaminhados para autocuidados, com indicação de isolamento no domicílio, onde aguardam os resultados dos testes laboratoriais, e seguimento clínico.
44. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa da ADC-SU, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto 13 a 21 da presente Norma:
- Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - Insera o doente no “Trace COVID-19”, confirmando a informação relativa a nome, n.º de utente, morada e n.º de telemóvel;
 - Entrega os folhetos anexos à Orientação 010/2020 da DGS.
45. Os doentes com indicação para internamento hospitalar, de acordo com os critérios indicados no Anexo 7, devem ser internados em áreas dedicadas nas enfermarias ou Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de acordo com a estratificação do risco clínico, constante no Anexo 8.
46. Para o efeito do disposto no número anterior, as ARS, em articulação com os Conselhos de Administração dos CHH e ULS garantem a reorganização das UCI por forma a serem constituídas UCI dedicadas ao tratamento intensivo de doentes com COVID-19, nos termos da Norma 005/2020 da DGS.
47. Os doentes internados com COVID-19, confirmados laboratorialmente, devem ser tratados de acordo com as seguintes recomendações (Anexo 8):
- Tratamento sintomático¹⁶ e de suporte;
 - Utilização cautelosa de corticosteroides^{17,18}, exceto nos doentes com indicação clínica para a sua utilização pela(s) comorbidade(s) presentes ou com evolução para Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS);
 - Prescrição de antibioterapia empírica para todas as suspeitas de sobreinfecção bacteriana, após colheita de amostras para exame microbiológico.

¹⁶ Utilizar Paracetamol, como antipirético de primeira linha. Os AINEs não estão contraindicados (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>)

¹⁷ CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection, Updated February 12, 2020.

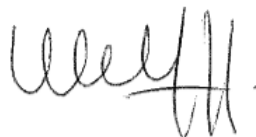
¹⁸ WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 February 2020

48. Os doentes adultos com COVID-19 internados podem, de acordo com a avaliação clínica, ter alta precoce do internamento hospitalar, se apresentarem cumulativamente:
- Evolução clínica favorável;
 - Apirexia mantida há pelo menos 2 dias;
 - Ausência de insuficiência respiratória ou necessidade de oxigenoterapia;
 - Ausência de agravamento imagiológico;
 - Cumprimento dos critérios de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 4, ou que possam ser encaminhados para uma alternativa domiciliária definida a nível regional ou local, e do estrito cumprimento da Orientação 010/2020 da DGS.
49. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa do internamento, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto 13 a 21 da presente Norma:
- Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - Insere o doente no “Trace COVID-19”, confirmando a informação relativa a nome, n.º de utente, morada e n.º de telemóvel;
 - Entrega o folheto anexo à Orientação 010/2020 da DGS.
50. Para efeito do disposto no ponto 48, nos CHH e ULS que disponham de Unidade de Hospitalização Domiciliária (Norma 20/2018 da DGS) os doentes adultos poderão ser transferidos para estas unidades quando cumulativamente¹⁹:
- Cumpram pelo menos 7 dias de internamento em enfermaria;
 - Estejam garantidos os critérios de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 4, e o estrito cumprimento da Orientação 010/2020 da DGS.
51. Os doentes pediátricos com COVID-19 internados poderão, de acordo com a avaliação clínica, ter alta do internamento hospitalar, se cumulativamente apresentarem:
- Evolução clínica favorável;
 - Apirexia mantida há pelo menos 3 dias;
 - Ausência de sinais de desidratação;
 - Tolerância alimentar por via oral;
 - Teste laboratorial para SARS-CoV-2 negativo em duas determinações, separadas por 48 horas.
 - Ausência de coabitantes com mais de 65 anos com comorbilidades ou outras condições que aumentem o risco de gravidade da COVID-19.
52. Pode ser considerada, caso a caso, a alta do internamento hospitalar de doentes pediátricos com teste laboratorial positivo, desde que cumpram os restantes critérios de alta hospitalar

¹⁹ Zhou Fei, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-9 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet 2020 (Epub ahead of print).

indicados no ponto 51, os critérios constantes no Anexo 4, e sejam seguidos, em ambulatório, pela respetiva unidade hospitalar, até à determinação da cura.

53. A abordagem clínica de doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 que constituam grupos específicos ou de maior vulnerabilidade, entre os quais grávidas, recém-nascidos, e pessoas com doença renal crónica em programa de diálise e doença oncológica, e dos grupos indicados na alínea e) do ponto 7, deve seguir as orientações específicas da Direção-Geral da Saúde para estes grupos.
54. 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.
55. A abordagem de casos assintomáticos com confirmação laboratorial de infeção por SARS-CoV-2 e o rastreio de contactos de casos confirmados é feita de acordo com as orientações específicas da Direção-Geral da Saúde.



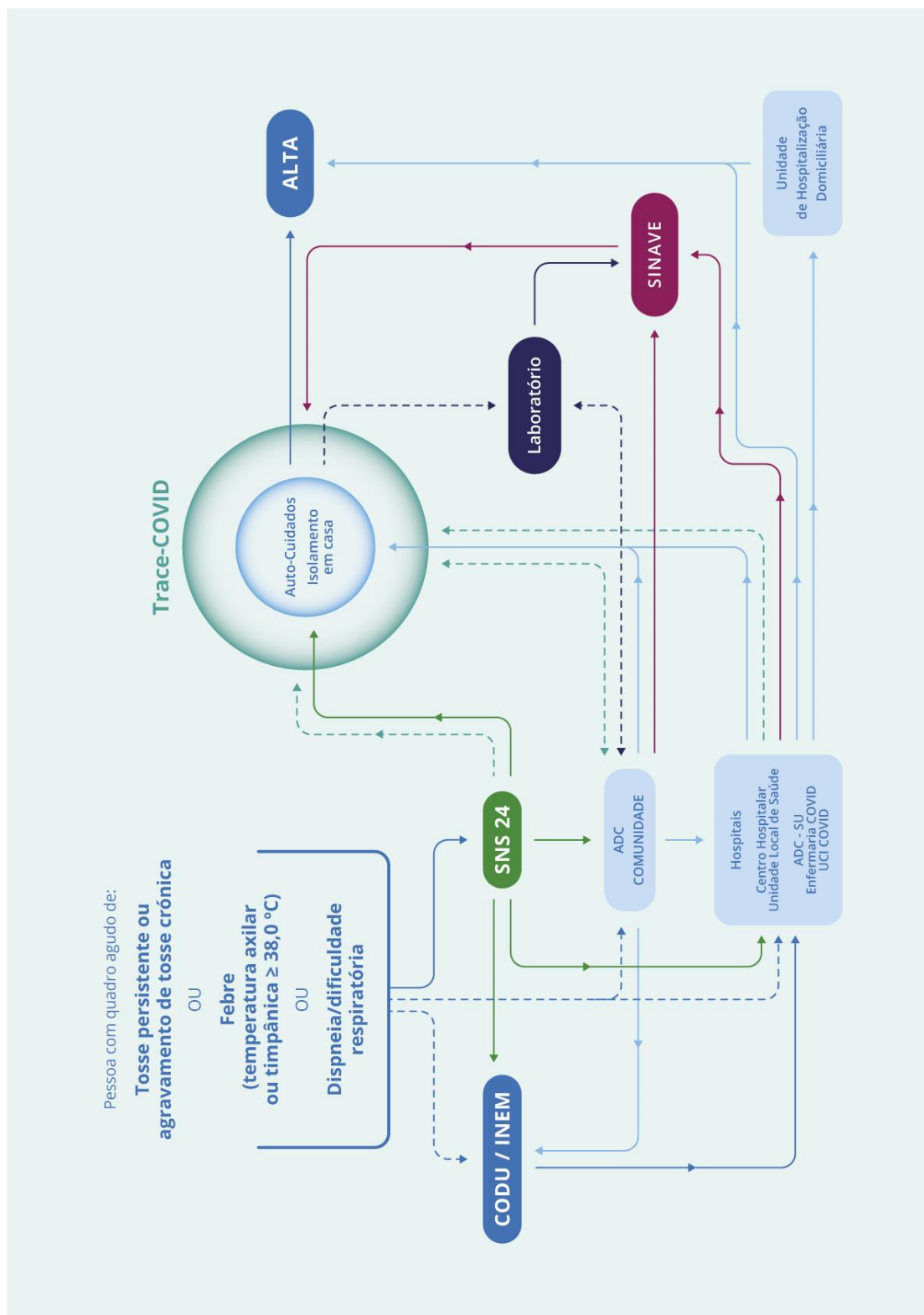
Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

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

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

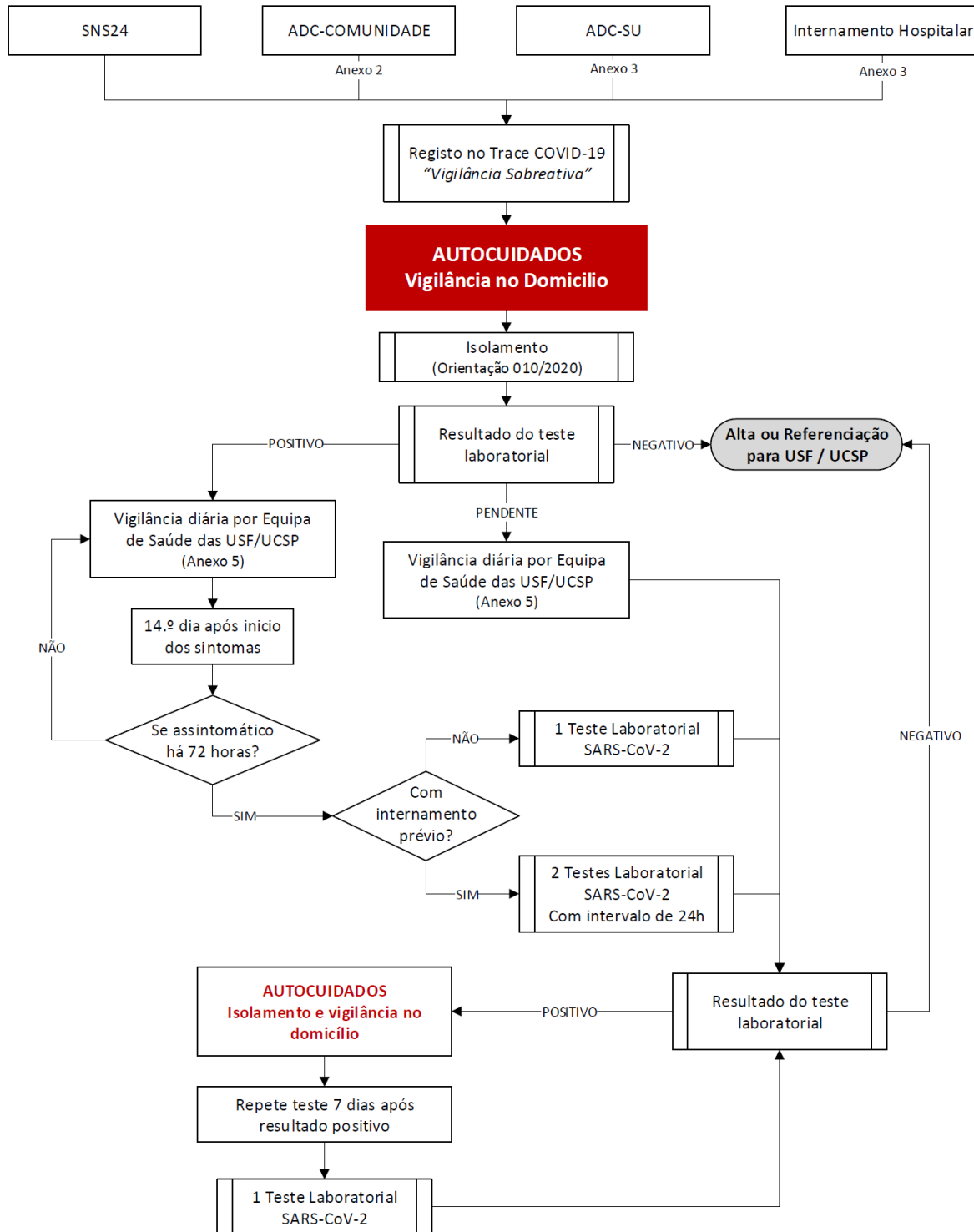
DIAGRAMA²⁰



²⁰ As setas a cheio (-) indicam os circuitos preferenciais de acesso ao SNS para os doentes com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2. As setas a tracejado (- -) indicam os circuitos alternativos, que devem apenas ser considerados em situações excecionais.

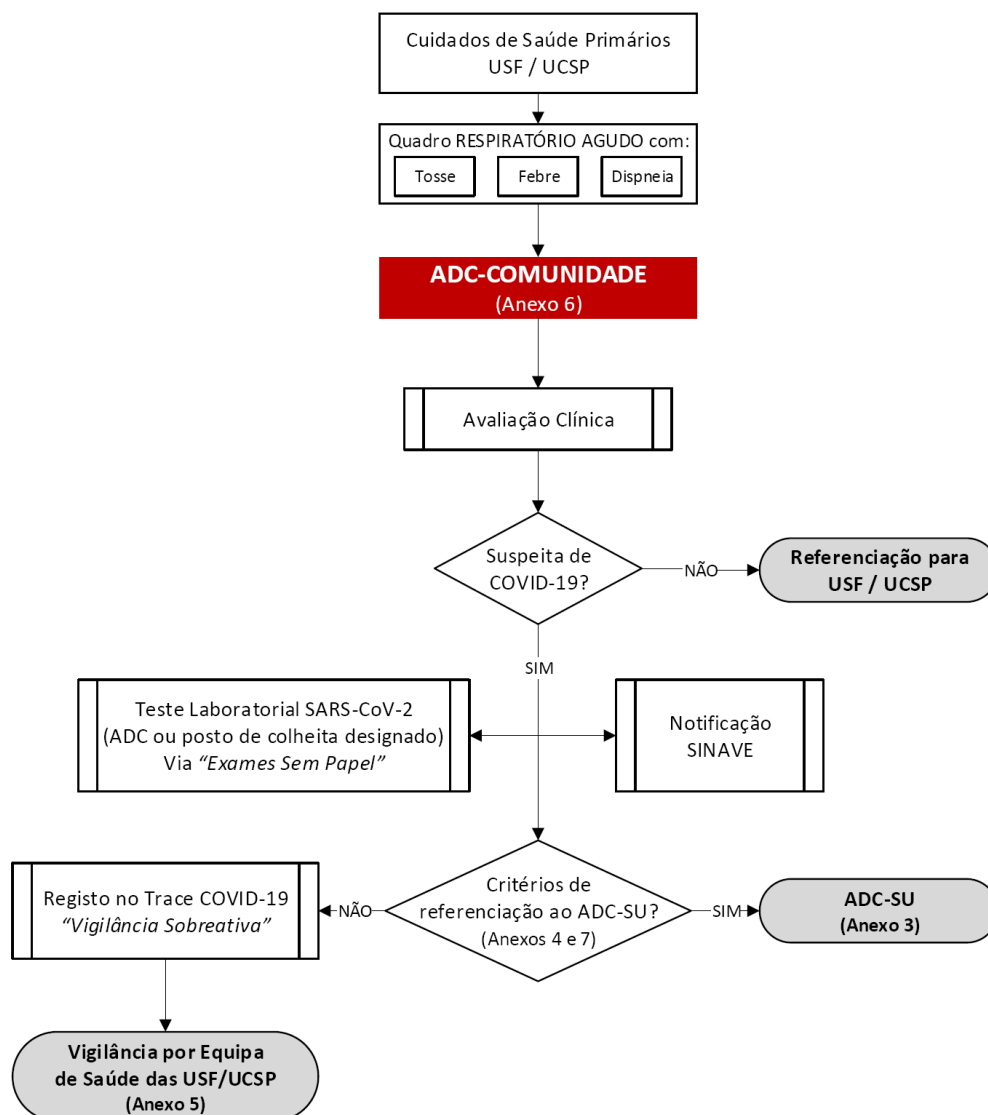
ANEXO 1

Workflow do Seguimento Clínico no Domicílio



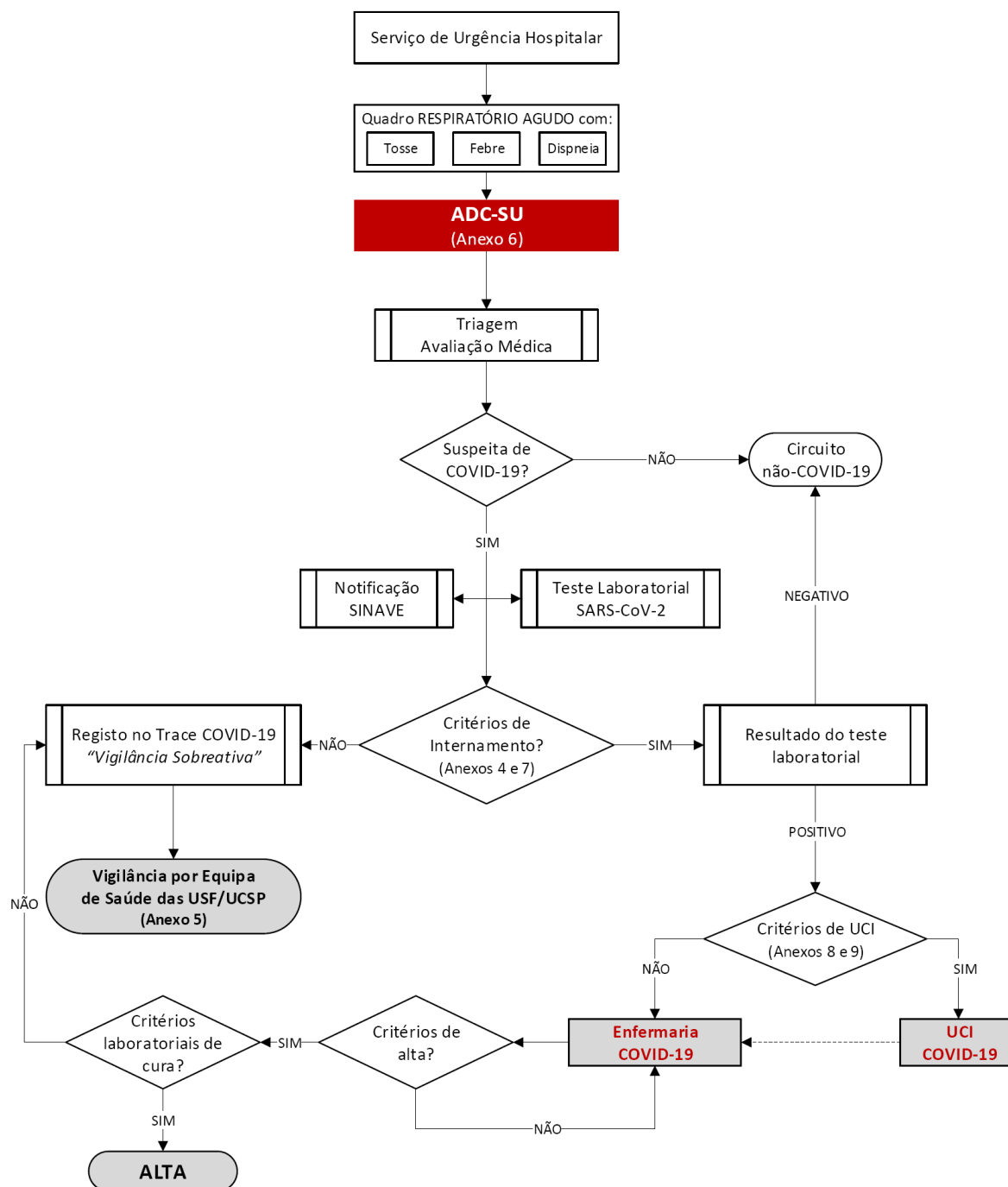
ANEXO 2

Workflow das Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários (ADC-COMUNIDADE)



ANEXO 3

Workflow das Áreas Dedicadas COVID-19 nos Serviços de Urgência (ADC-SU)



ANEXO 4

Critérios de Habitabilidade e Exequibilidade do Isolamento no Domicílio²¹

1. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
2. Termómetro;
3. Quarto separado ou cama individual para o doente; caso não seja possível o doente usa máscara cirúrgica²²;
4. Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
5. Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
6. Cuidador, de acordo com a avaliação clínica, e que assegura a medicação crónica do doente (quando aplicável);
7. Não ser recém-nascido ou pessoa imunodeprimida;
8. Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.

²¹ Orientação 010/2020 da DGS.

²² Coronavírus Disease 2019. UpToDate, acedido a 21 de março de 2020

ANEXO 5

Protocolo para a Avaliação Telefónica a Doentes com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2 em Isolamento, no Domicílio²³.

A avaliação clínica dos doentes com indicação para autocuidados, em isolamento no domicílio, sob vigilância, é assegurada pela equipa de saúde da USF / UCSP, de acordo com o presente protocolo.

1. A primeira avaliação telefónica ocorre nas primeiras 24 horas após o contacto com a Linha SNS24 ou a introdução do doente no “Trace COVID-19”, e é realizada pelo médico da equipa de saúde, preferencialmente o médico de família do doente.
2. Esta avaliação inclui a:
 - a. Avaliação clínica e validação da suspeita de COVID-19;
 - b. Prescrição do teste laboratorial para SARS-CoV-2, para todos os casos suspeitos, na plataforma *Exames Sem Papel*;
 - c. Notificação do caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - d. A exclusão de critérios para avaliação em ADC-SU, nomeadamente:
 - i. Febre alta ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
 - ii. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - iii. Cianose;
 - iv. Toracalgia;
 - v. Alteração do estado de consciência;
 - vi. Hemoptises;
 - vii. Vômitos persistentes ou diarreia grave;
 - viii. Comorbilidades indicadas no Anexo 7.
 - e. Confirmação da existência de critérios de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio, nos termos do Anexo 4;
 - f. A prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
 - g. A informação que, em caso de agravamento, deve ser contactada a equipa de saúde da USF / UCSP, que o acompanha, a Linha SNS24 ou o 112;
 - h. O esclarecimento de dúvidas colocadas pelos doentes, incluindo sobre CIT;
 - i. Articulação com as Autoridade de Saúde. Caso o doente não esteja a cumprir o isolamento no domicílio deve ser contactada a Autoridade de Saúde.
3. Sempre que for considerado clinicamente adequado pode ser agendada uma teleconsulta, uma consulta no domicílio ou uma consulta na ADC-Comunidade.
4. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada em domicílio, pelas Farmácias Comunitárias, ou através das respostas organizadas a nível local.

²³ Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182. Published 2020 Mar 25.

5. Durante o seguimento até à cura, a avaliação clínica é assegurada, diariamente, por enfermeiro ou médico, preferencialmente enfermeiro ou médico de família, da equipa de saúde da USF / UCSP, cumprindo as alíneas do ponto 2 do presente Anexo, consideradas clinicamente adequadas.
6. O seguimento clínico, através da plataforma *Trace COVID-19*, pode ser realizado através de autoreporte quando na primeira avaliação telefónica, o médico considerar que estão reunidas as condições de qualidade e segurança desta modalidade de seguimento, nomeadamente:
 - a. Idade inferior a 60 anos;
 - b. Estabilidade clínica definida pela presença exclusiva de sintomas ligeiros e ausência de sintomas sugestivos de agravamento clínico, ou qualquer critério de referência à ADC-SU, nos termos da alínea d do ponto 2 do presente Anexo;
 - c. Capacidade para a utilização das ferramentas tecnológicas para autoreporte de sintomas;
 - d. Consentimento para esta modalidade de seguimento clínico.
7. No caso de ser adotada a modalidade de seguimento através da autoreporte de sintomas, nos termos do número anterior:
 - a. O registo de sintomas é realizado diariamente pelo doente, através da funcionalidade disponível para o efeito no Registo de Saúde Eletrónico (SER) ou portal COVID-19 da DGS (<https://covid19.min-saude.pt>);
 - b. A equipa de saúde da USF / UCSP avalia o autoreporte diariamente, através da plataforma *Trace COVID-19*;
 - c. O seguimento clínico através de autoreporte de sintomas deve ser interrompido sempre que se verificar um agravamento clínico ou qualquer outra situação que o justifique.
 - d. A equipa de saúde da USF / UCSP garante, por via telefónica, a realização de um contacto para a comunicação do resultado do teste laboratorial e da alta, e sempre que não forem registados sintomas pelo doente durante mais de 24 horas.
8. As avaliações clínicas resultantes da aplicação deste Anexo são registadas na plataforma *Trace COVID-19* e, sempre que necessário, como “Consultas Indiretas”.

ANEXO 6: Características das Áreas Dedicadas COVID-19 (ADC)

Características, Recursos Humanos, Material ^{1,2}		ADC-COMUNIDADE ACES	ADC-SU Serviços de Urgência
Físicas		<ul style="list-style-type: none"> • Ser reservada; • Composta no mínimo por 2 salas de observação; • Áreas de receção e de espera separadas das dos doentes sem suspeita; • Acesso a instalação sanitária com sabão e toalhetes de papel, para uso exclusivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispor de áreas de observação reservadas; • Composta no mínimo por 2 salas de observação e 1 área de tratamentos; • Áreas de receção e de espera separadas das dos doentes sem suspeita; • Acesso a instalação sanitária com sabão e toalhetes de papel, para uso exclusivo.
Sinalética		Sinalização de área reservada a COVID-19, de precauções básicas de controlo de infeção e de risco biológico.	
Equipa		Médico; Enfermeiro; Assistente Operacional; Administrativo; Equipa de Limpeza. Quando aplicável, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, e Farmacêuticos.	
Equipamento e material	Médico-Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Estetoscópio; • Otoscópio; • Espátulas; • Termómetro; • Bala de Oxigénio; • Máscaras de Oxigénio. • Lanterna; • Oxímetro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor multiparâmetros (Pressão arterial, traçado ECG, pulso e oximetria); • Estetoscópio; • Otoscópio; • Espátulas; • Termómetro de infra-vermelhos; • Carro de Emergência e Reanimação devidamente equipado; • Acesso a equipamento de ventilação.
	Proteção Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativo: bata, luvas, e máscara cirúrgica; • Profissional de saúde: bata impermeável, luvas resistentes (nitrilo), máscara FFP2, proteção ocular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fato de proteção integral ou bata impermeável; Touca, e; Proteção de calçado; • Máscara FFP2; • Máscaras cirúrgicas; • Proteção ocular com proteção lateral; • Luvas.
	Outro material	<ul style="list-style-type: none"> • Sabão; • Solução SABA; • Toalhetes de papel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de consumo clínico necessário para sala de tratamentos; • Sabão; • Solução SABA; • Toalhetes de papel; • Toalhetes impregnados com Péroxido de Hidrogénio acelerado 35%; Dicloroisocianurato de Sódio; Álcool 70%.
	Outro equipamento	<ul style="list-style-type: none"> • Frigorífico; • Computador; • Impressora; • Caixotes de lixo e sacos de resíduos do tipo III. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Impressora; • Contentores/Caixotes de lixo e sacos de resíduos do tipo III/IV; • Contentores de corto-perfurantes; • Carro de recolha de roupa e sacos para roupa; • Balde e esfregona / mopa.
Material de colheita de amostras		Kit de colheita de amostras para teste laboratorial de SARS-CoV-2	

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

² Consultar Orientação 015/2020 e Norma 007/2020 da DGS.

ANEXO 7

Critérios para Internamento ou Permanência no ADC-SU até ao Resultado do Teste

1. Idade Adulta, presença de ≥ 1 critério:

- a. Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio (ver Anexo 3), e ausência de alternativas na comunidade;
- b. Comorbilidades, nomeadamente Doença Renal Crónica em Hemodiálise, Neoplasia Maligna Ativa, Imunossupressão;
- c. Doença crónica descompensada, nomeadamente DPOC, Asma, Insuficiência Cardíaca, Diabetes e Cirrose.
- d. Febre alta (Temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) persistente com mais de 48h ou reaparecimento de febre após apirexia;
- e. Alteração do estado de consciência;
- f. Instabilidade hemodinâmica;
- g. Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
- h. Frequência respiratória $\geq 24\text{cpm}$;
- i. Saturação periférica de $\text{O}_2 \leq 94\%$ (em ar ambiente), na ausência de outra causa;
- j. Hemoptises;
- k. Vômitos persistentes ou diarreia grave;
- l. Pneumonia com documentação radiológica ou suspeita clínica de pneumonia (enquanto aguarda realização de radiografia de tórax);
- m. Leucopenia, Linfopenia, ou Trombocitopenia, na ausência de outra causa.

2. Idade Pediátrica:

- a. Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio (ver Anexo 3);
- b. Comorbilidades: Doença Cardíaca, Pulmonar, Oncológica, Hepática Crónica ou Neurológica Crónica, Diabetes, Imunossupressão;
- c. Febre alta persistente com mais de 3 dias de evolução;
- d. Exaustão respiratória ou episódios de apneia;
- e. Dificuldade respiratória grave:
 - i. Tiragem infra e supraesternal, e/ou gemido expiratório;
 - ii. Taquipneia (< 2 meses: $\geq 60\text{cpm}$; 2 – 11 meses: $\geq 50\text{cpm}$; 1 – 5 anos: $\geq 40\text{cpm}$; Adolescentes; $> 30\text{cpm}$);
- f. Saturação de $\text{O}_2 < 93\%$ em ar ambiente;
- g. $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ou $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$;
- h. Alteração do estado de consciência (agitação ou irritabilidade, convulsões, hipotonia);
- i. Instabilidade hemodinâmica;
- j. Enzimas cardíacas aumentadas, alterações eletrocardiográficas ST-T, cardiomegalia e/ou insuficiência cardíaca.
- k. Desidratação grave ou vômitos;
- l. Rabdomiólise;
- m. Acidose metabólica.

ANEXO 8

Estratificação de Risco e Critérios para Admissão em UCI

1. Idade Adulta:

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

Critérios	
Major	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choque séptico com necessidade de vasopressores; 2. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva.
Minor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frequência respiratória ≥ 30cpm; 2. $PaO_2/FiO_2 \leq 250$; 3. Pneumonia com envolvimento multilobar; 4. Alteração do estado de consciência; 5. Ureia ≥ 42mg/dL (BUN ≥ 20mg/dL); 6. Leucopénia ($< 4000/mm^3$), na ausência de outra causa; 7. Trombocitopénia ($< 100000/mm^3$), na ausência de outra causa; 8. Hipotermia ($< 36^\circ C$); 9. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva.

2. Idade Pediátrica:

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

- a. Hipoxemia sem resposta à terapêutica convencional com oxigenoterapia suplementar por cateter nasal ou máscara com concentrador de oxigénio;
- b. 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);
- c. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva);
- d. Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda;
- e. Choque séptico ou instabilidade hemodinâmica, alterações do estado de consciência ou necessidade de suporte de outros órgãos;
- f. Critérios de Síndrome Inflamatória Multissistémica^{24,25} com agravamento clínico ou laboratorial.

²⁴ ECDC. Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children. 15 May 2020.

²⁵ WHO. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. 15 May 2020.