

## NORMA

NÚMERO: 004/2020  
DATA: 23/03/2020  
ATUALIZAÇÃO: 05/01/2022

---

ASSUNTO: **Abordagem da Suspeita ou Confirmação de COVID-19**  
PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, SARS-CoV-2, SNS24, Áreas Dedicadas  
PARA: Sistema de Saúde  
CONTACTOS: [normas@dgs.min-saude.pt](mailto:normas@dgs.min-saude.pt)

---

### SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO

- Abordagem das pessoas assintomáticas com infeção por SARS-CoV-2 (pontos 5 e 6)
  - Abordagem das pessoas sintomáticas com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 (pontos 7 a 12)
  - Período de isolamento para pessoas assintomáticas e com doença ligeira: 7 dias (ponto 44)
  - Referencia e encaminhamento das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 (ponto 2 do Anexo 2)
  - Protocolo para seguimento clínico remoto durante o isolamento em domicílio (Anexo 4)
- 

A rápida evolução científica impõe uma atualização permanente da abordagem clínica das pessoas com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2, que se fundamente na evidência crescente, particularmente ao nível dos fatores determinantes da infecciosidade e gravidade da doença, no atual contexto epidemiológico e de elevada cobertura vacinal contra a COVID-19.

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

1. O modelo de abordagem de pessoas com sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2 e infeção confirmada por SARS-COV-2 (COVID-19) é implementado através das medidas e ações das várias entidades do Ministério da Saúde, nos termos do Anexo 1 da presente Norma, e é utilizada a plataforma Trace COVID-19 (<https://tracecovid19.min-saude.pt/>), quando indicado.
2. A reorganização das unidades hospitalares estabelecida pela presente Norma não se aplica, entre outras definidas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), ao Instituto Português de Oncologia cujas unidades em Coimbra, Lisboa e Porto constituem unidades *COVID-19-free*, devendo garantir o encaminhamento dos casos suspeitos para as unidades prestadoras de cuidados de saúde apropriadas.

3. A abordagem clínica de grávidas, recém-nascidos, doentes renais crónicos em programa de diálise, doentes oncológicos, e pessoas residentes em ERPI ou estruturas similares, com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2, cumpre o disposto na presente Norma, com as devidas adaptações constantes nas orientações específicas para estes grupos.
4. Pelo princípio da precaução, a presente Norma, deve ser aplicada às pessoas vacinadas contra a COVID-19.

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

5. As **peças assintomáticas com resultado positivo<sup>i</sup> em teste para SARS-CoV-2 devem autoisolar-se** (interrompendo o autoisolamento para a realização de teste laboratorial, quando indicado):
  - a. **Testes Rápidos de Antígeno de uso profissional (TRAg) ou Testes Moleculares (TAAN)**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS: aguardam a **recepção de uma SMS até 24-48 horas<sup>ii</sup>** após a realização do teste laboratorial, através da qual recebem:
    - i. Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico, no termos da Norma 015/2020 da DGS;
    - ii. Informação relativa à Declaração de Isolamento;
    - iii. Folheto de recomendações e medidas a observar.
  - b. **Autotestes: caso não seja possível a realização de um TRAg ou TAAN no prazo de 24 horas devem contactar o SNS24**, através do qual recebem:
    - i. Requisição para realização de TAAN ou TRAg (confirmatório)<sup>iii</sup>;
    - ii. Informação relativa à Declaração de Isolamento;
    - iii. Folheto de recomendações e medidas a observar.
6. As pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que sejam **assintomáticas** à data do diagnóstico:
  - a. Têm indicação para **autocuidados e isolamento no domicílio** (Anexo 2)<sup>iv</sup>;
  - b. **Caso desenvolvam sintomas de COVID-19**, nos termos do ponto 5 da presente Norma, **devem contactar o SNS24 e são encaminhadas em conformidade** com o ponto 8 da presente Norma.

<sup>i</sup> Ou, inconclusivo, no caso dos autotestes.

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

<sup>iii</sup> A realização de testes laboratoriais confirmatórios não deve ser realizada nas ADR-C ou ADR-SU, mas sim nas entidades definidas na Circular Conjunta DGS/INFARMED/INSA n.º 005/CD/100.20.200.

<sup>iv</sup> As pessoas com indicação para isolamento no domicílio que não disponham de condições de habitabilidade e/ou exequibilidade de isolamento no domicílio (Anexo 2), são encaminhadas para estruturas residenciais alternativas, criadas ou selecionadas a nível regional ou local, em articulação intersectorial com o Centro Distrital da Segurança Social, as Entidades da Comissão Municipal de Proteção Civil e parceiros municipais.

## ABORDAGEM DAS PESSOAS SINTOMÁTICAS COM SUSPEITA E/OU CONFIRMAÇÃO DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

7. As pessoas que apresentem, independentemente do estado vacinal contra a COVID-19, os sintomas seguintes são consideradas **pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2**:
- Quadro de **infeção respiratória aguda** com, pelo menos, um dos seguintes sintomas<sup>i</sup>:
    - Tosse *de novo*, ou com agravamento do padrão habitual;
    - Febre (temperatura  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) sem outra causa atribuível;
    - Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível<sup>ii</sup>.
  - E/OU
  - Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.
8. As **pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2** devem ser encaminhadas, **através do contacto com o SNS24**, de acordo com a gravidade da apresentação clínica e as condições associadas a evolução para COVID-19 grave (Anexo 2), da seguinte forma:
- Autocuidados e isolamento no domicílio**:
    - Sintomas ligeiros como febre por período inferior a 3 dias, com boa resposta a antipiréticos e/ou tosse;
    - Ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;
    - Ausência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas a risco de evolução para COVID-19 com gravidade.
  - Avaliação clínica (presencial) em Áreas Dedicadas** a doentes com infeção respiratória aguda nos Cuidados de Saúde Primários, na Comunidade (**ADR-C**):
    - Sintomas moderados como febre persistente, pieira ou tosse persistente;
    - Ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;
    - Obesidade ou doença crónica compensada (Tabela b do Anexo 2).

<sup>i</sup> Cefaleia, odinofagia, mialgias, vómitos e diarreia, isoladamente, não definem a doença, podendo ser integrados, particularmente em idades pediátricas, conforme avaliação clínica, na suspeita de infeção por SARS-CoV-2. Sendo raro, deve ser pesquisado SARS-CoV-2 perante uma síndrome inflamatória multi-sistémica com febre persistente, sintomas gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca *de novo*.

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

- c. **Avaliação clínica (presencial) em Áreas Dedicadas** a doentes com infeção respiratória aguda nos Serviços de Urgência dos Hospitais (**ADR-SU**);
    - i. Sintomas como febre persistente com mais de 48 horas de duração, dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;
    - ii. Doença crónica descompensada, doença renal crónica em diálise, neoplasia maligna ativa, condição de imunossupressão (Tabela b do Anexo 2).
  - d. Intervenção da Emergência Médica Pré-Hospitalar, através do Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) do **INEM**, em situações de emergência médica.
9. As **personas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2** devem realizar **teste para SARS-CoV-2**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
10. Para efeitos do disposto no ponto anterior, **em situações de doença ligeira**, nos termos da alínea a do ponto 8 da presente Norma, pode ser realizado **TRAg de uso profissional**, nas entidades definidas na Circular Conjunta DGS/INFARMED/INSA n.º 005/CD/100.20.200<sup>i</sup>, antes do contacto com o SNS24.
11. Os resultados dos testes laboratoriais realizados nos termos do ponto 9 são disponibilizados ao doente e registados na plataforma SINAVE<sup>lab</sup> e no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) pelo laboratório, no prazo máximo de 12 horas após a sua realização, com indicação do n.º de utente SNS, nome e data de nascimento, e dos dados geográficos da morada onde cumpre isolamento (freguesia e código postal), e de forma a não serem ultrapassadas 24 horas desde a requisição do teste laboratorial e a obtenção do seu resultado.
12. As **personas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2**, após a realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2:
  - a. Perante um resultado **negativo**, num TAAN ou TRAg de uso profissional: cessam o isolamento<sup>ii</sup>, excepto se forem contacto de alto risco de caso confirmado, nos termos da Norma 015/2020 da DGS.
  - b. Perante um resultado **positivo**, num TAAN ou TRAg de uso profissional: é confirmado o diagnóstico de COVID-19, nos termos da Norma 020/2020 da DGS, aplicando-se o plano de cuidados nos termos da presente Norma.
13. Todas as pessoas com infeção por SARS-CoV-2 confirmada, nos termos da Norma 020/2020 da DGS, são notificadas na plataforma SINAVE<sup>med</sup>.
14. Às pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 é determinado o confinamento obrigatório pela Autoridade de Saúde territorialmente competente (Determinação de

<sup>i</sup> A realização de TRAg de uso profissional, neste contexto, não deve ser realizada nas ADR-C ou ADR-SU.

<sup>ii</sup> Excepto nas situações de forte suspeição clínica em pessoas avaliadas em contexto hospitalar.

Isolamento) e emitido o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT) pelo Médico da equipa da USF/UCSP, quando clinicamente se justificar. **Através do SNS24 ou do recurso a mecanismos automatizados pode ser emitida Declaração de Isolamento para as pessoas sintomáticas com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 com indicação par autocuidados e isolamento no domicílio, nos termos da presente Norma.**

15. A investigação epidemiológica e implementação de medidas de controlo são iniciadas a todos os doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2, nas primeiras 24 horas após o resultado do teste laboratorial ser registado na plataforma SINAVE, nos termos da Norma 015/2020 da DGS.

## Autocuidados e Isolamento no Domicílio<sup>i</sup>

16. As pessoas **em isolamento no domicílio devem automonitorizar os seus sintomas, incluindo a febre, e manter o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção.**
17. As pessoas em isolamento no domicílio devem **contactar o SNS24 quando se verificar agravamento da sintomatologia e/ou aparecimento de critérios de gravidade**, nomeadamente:
  - a. Febre ( $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ) mantida por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
  - b. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
  - c. Cianose;
  - d. Toracalgia;
  - e. Alteração do estado de consciência;
  - f. Hemoptises;
  - g. Vómitos persistentes ou diarreia grave;
  - h. Descompensação de doença crónica.
18. Quando após avaliação médica, por exemplo em ADR-C ou ADR-SU, for considerado que a pessoa sintomática com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 deve manter-se em isolamento no domicílio mas **sob vigilância clínica remota**, por parte das equipas das USF / UCSP, nos termos do Anexo 4 da presente Norma, deve ser realizado o registo na plataforma *Trace-COVID-19*, com o estado “vigilância sobreativa”.

---

<sup>i</sup> As pessoas com indicação para isolamento no domicílio que não disponham de condições de habitabilidade e/ou exequibilidade de isolamento no domicílio (Anexo 2), são encaminhadas para estruturas residenciais alternativas, criadas ou selecionadas a nível regional ou local, em articulação intersectorial com o Centro Distrital da Segurança Social, as Entidades da Comissão Municipal de Proteção Civil e parceiros municipais.

## Avaliação Clínica nas ADR-Comunidade

19. As ADR-Comunidade (ADR-C) são áreas dedicadas exclusivamente à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória aguda, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, que cumprem as condições definidas no Anexo 3.
20. As pessoas sintomáticas com os critérios definidos na alínea b do ponto 8 da presente Norma (Anexo 2) devem ser avaliadas presencialmente em ADR-C.
21. O transporte para ADR-C é realizado, preferencialmente, de forma individual, não devendo ser utilizados transportes públicos.
22. Na ADR-C o **teste laboratorial para SARS-CoV-2 (preferencialmente TRAg<sup>i</sup>)**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS, deve ser realizado, no contexto da avaliação clínica das pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2.
23. Conforme **avaliação clínica** de acordo com os critérios do Anexo 2, **as pessoas sintomáticas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, são encaminhadas da ADR-C:**
  - a. Para isolamento no domicílio, devendo para o efeito receber o respetivo folheto informativo:
    - i. Com indicação para autocuidados,  
OU
    - ii. Com indicação para vigilância clínica remota, devendo, para o efeito, ser realizado o registo na plataforma Trace COVID-19, na ADR-C.
  - b. Para avaliação em Serviço de Urgência, sendo referenciados para ADR-SU em veículo individual ou em ambulância (conforme indicação clínica).

## Avaliação Clínica nas ADR-Serviço de Urgência

24. As ADR-Serviço de Urgência (ADR-SU) são áreas exclusivamente dedicadas à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória com critérios de gravidade, em contexto de urgência hospitalar, cumprindo as condições definidas no Anexo 3 da presente Norma.
25. As pessoas sintomáticas com os critérios definidos na alínea c do ponto 8 da presente Norma (Anexo 2) devem ser avaliadas presencialmente em ADR-C.

---

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

26. Na ADR-SU deve ser realizado **teste laboratorial para SARS-CoV-2**, nos termos da Norma 019/2020 da DGS, às pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2.
27. As pessoas com infeção por SARS-CoV-2 confirmada, previamente à admissão, que acorrem às ADR-SU, são avaliados em zona distinta daquela onde se aguardam resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2. Estas pessoas, caso reúnam critérios para internamento hospitalar, são encaminhados o mais precocemente possível para enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19.
28. Conforme **avaliação clínica** de acordo com os critérios do Anexo 2, **as pessoas sintomáticas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, são encaminhadas da ADR-SU:**
- a. Para isolamento no domicílio, devendo para o efeito receber o respetivo folheto informativo:
    - i. Com indicação para autocuidados,  
OU
    - ii. Com indicação para vigilância clínica remota, devendo, para o efeito, ser realizado o registo na plataforma Trace COVID-19, na ADR-SU.
  - b. Para internamento hospitalar, após:
    - i. Realização de teste laboratorial de SARS-CoV-2 e de teste laboratorial para vírus influenza A e B em todas as idades e para vírus sincicial respiratório em crianças com menos de 2 anos de idade, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
29. Os **doentes que não apresentem critérios de internamento** (Anexo 2) e que, cumulativamente, cumpram as condições de exequibilidade do isolamento no domicílio, ou que possam ser encaminhados para alternativa domiciliária (estrutura residencial), definida a nível regional ou local, **têm alta do serviço de urgência e aguardam os resultados dos testes laboratoriais no domicílio.**
30. De forma a minimizar o tempo de permanência dos **doentes com critérios para internamento hospitalar** nas ADR-SU, bem como o risco de transmissão cruzada, sempre que possível, estes doentes devem realizar um **teste laboratorial rápido** para SARS-CoV-2 (TAAN rápido, preferencialmente ou TRAg) nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
31. Para efeitos do ponto anterior, os doentes com **critérios para internamento hospitalar com:**
- a. Resultado de **teste rápido positivo** para SARS-CoV-2 são admitidos em enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19;



- b. Resultado de **teste rápido negativo para SARS-CoV-2, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19<sup>i</sup>** realizam TAAN confirmatório e aguardam os resultados em locais criados / adaptados para o efeito.

32. Os doentes com critérios para admissão em UCI realizam o teste laboratorial para SARS-CoV-2 **com a metodologia mais rápida disponível** (ver ponto 30 da presente Norma), nos termos da Norma 019/2020 da DGS, e são **referenciados precocemente** às equipas de Medicina Intensiva, de acordo com os protocolos locais.

## INTERNAMENTO HOSPITALAR

33. O internamento hospitalar é organizado da seguinte forma:

- a. Os doentes com **teste laboratorial positivo** para SARS-CoV-2 são admitidos em enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19;
- b. Os doentes com **teste laboratorial negativo para SARS-CoV-2, mas com elevada suspeita clínica de COVID-19<sup>ii</sup>** são admitidos em áreas intermédias (separadas das ADR-SU e das enfermarias ou UCI COVID), onde repetem teste laboratorial, nos termos da Norma 019/2020 da DGS;
- c. Os doentes com **teste laboratorial negativo para SARS-CoV-2 e sem suspeita clínica de COVID-19** são admitidos em enfermarias não-COVID-19 ou UCI não-COVID-19.

34. Para o efeito do disposto no número anterior os Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) garantem:

- a. A efetiva separação do circuito de doentes com infeção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2 face aos restantes, incluindo a criação de coortes nos casos de coinfeção por outros agentes, particularmente.
- b. Os teste para SARS-CoV-2 na admissão a doentes internados, independentemente do seu estado vacinal, e os rastreio periódico de SARS-CoV-2 a doentes internados, sem esquema vacinal completo, e, em Enfermarias não-COVID-19 ou UCI não-COVID-19, conforme disposto na Norma 019/2020 da DGS..

35. O **tratamento** para os doentes internados com COVID-19 inclui, conforme avaliação clínica individualizada:

- a. Tratamento sintomático, de suporte e das comorbilidades e doenças crónicas descompensadas;
- b. Tromboprofilaxia com heparina de baixo peso molecular, exceto se contraindicada;

<sup>i</sup> 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.

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



- c. Oxigenoterapia suplementar para SpO<sub>2</sub> alvo entre 90% e 96%, administrada de forma convencional ou em alto fluxo por cânula nasal, ou por sistemas de administração por PEEP/EPAP com válvula de resistência calibrada;
  - d. Terapêutica por via inalatória, sem nebulização;
  - e. Suporte ventilatório precoce, nos casos selecionados, com falência da oxigenoterapia;
  - f. Suporte vital por Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) em casos selecionados de insuficiência respiratória aguda grave refratária a suporte ventilatório otimizado.
36. Nos doentes internados por **pneumonia por SARS-CoV-2 e hipoxemia confirmada** pode ser considerada a administração de **Remdesivir**<sup>i,ii</sup>.
37. Nos doentes internados com **doença grave ou crítica** (Anexo 2), deve ser considerada a administração de **Dexametasona** (ou de Metilprednisolona, na sua ausência, sobretudo em idade pediátrica).
38. Nos doentes com COVID-19 grave ou crítica, na fase de recuperação, deve ser implementado um plano multidisciplinar de reabilitação funcional e respiratória, bem como a vigilância de sequelas, designadamente respiratórias.
39. Os doentes internados com COVID-19 podem ter **alta hospitalar, mantendo o isolamento** quando, de acordo com a avaliação clínica, apresentam cumulativamente:
- a. Apirexia mantida há pelo menos 3 dias, sem utilização de antipiréticos;
  - b. Ausência de agravamento imagiológico ou da insuficiência respiratória;
  - c. Cumprimento dos critérios de exequibilidade do isolamento no domicílio ou em estruturas residenciais alternativas, criadas ou selecionadas a nível regional ou local, em articulação intersectorial com o Centro Distrital da Segurança Social, as Entidades da Comissão Municipal de Proteção Civil e parceiros municipais.
40. Os doentes adultos internados com COVID-19 podem ser transferidos para **Unidades de Hospitalização Domiciliária** (Norma 020/2018) se cumulativamente reunirem os critérios:
- a. Ausência de agravamento clínico ou imagiológico há pelo menos 3 dias;
  - b. Critérios de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 2).

---

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

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

41. Para o efeito do disposto nos números anteriores, as equipas hospitalares procedem ao registo na plataforma *Trace COVID-19*.

## CRITÉRIOS DE FIM DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO

42. Os critérios de fim de isolamento definem o momento a partir do qual a pessoa não é considerada infecciosa, independentemente do local onde cumpre vigilância e do nível de cuidados clínicos que necessita. Não devem ser utilizados para estabelecer alta hospitalar, cujos critérios estão definidos no ponto 39 da presente Norma.

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

a. **CrITÉRIOS de melhoria clínica:**

- ii. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
- iii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos<sup>i</sup>;

b. **Tempo mínimo preconizado para isolamento:**

- iv. Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas;
- v. Contado desde a data de realização do teste laboratorial que confirmou o diagnóstico nas pessoas assintomáticas durante o curso da doença, bem como nos doentes com incapacidade de datação do dia de início de sintomas.

44. O tempo **mínimo** preconizado para isolamento<sup>ii</sup> é de:

- a. **7 dias** nas pessoas **assintomáticas** ou que desenvolvem **doença ligeira**;
- b. **10 dias** nas pessoas que desenvolvem **doença moderada**;
- c. **20 dias** nas pessoas que desenvolvem **doença grave**<sup>iii</sup>;
- d. **20 dias** nas pessoas com **imunodepressão**<sup>iv</sup> (Anexo 2), independentemente da gravidade da evolução clínica.

45. As **pessoas que recuperaram de COVID-19** e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados nos pontos 43 e 44 da presente Norma, **não realizam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos 180 dias subsequentes ao fim do isolamento.**

---

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

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

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

46. **Excetuam-se do ponto anterior, as pessoas que desenvolvam novamente sintomas sugestivos de COVID-19** descritos no ponto 7 da presente Norma.
47. Todas as pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados nos pontos 43 e 44 da presente Norma, devem manter o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as recomendações da DGS.
48. 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.
49. Deve constar no processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
50. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

## ANEXO 1

### Atividades a desenvolver pelas entidades competentes pela operacionalização da Norma

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

	<p>16. Reorganização das equipas de saúde das USF/UCSP, garantindo a atividade assistencial COVID-19 e não-COVID-19, de acordo com o Referencial Outono-Inverno 2021/22;</p> <p>17. Disponibilização dos meios telemáticos necessários às equipas de saúde das USF/UCSP e USP para o acompanhamento remoto dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2 e dos seus contactos;</p> <p>18. Informação aos cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR-C, que devem estar bem sinalizadas de forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes.</p>
<p><b>ARS, Conselhos de Administração dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, em articulação com o GCL-PPCIRA</b></p>	<p>19. Implementar um ADR-SU (Anexo 3) em cada serviço de urgência hospitalar, ajustado aos indicadores demográficos, epidemiológicos e de utilização dos serviços de saúde, e de forma articulada com as respostas a nível regional, de acordo com o Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020/2021;</p> <p>20. Mapeamento das ADR-SU e comunicação à SGMS e à SPMS sempre que é criada e/ou eliminada uma ADR-SU, garantindo a atualização permanente dos dados no SIIP, em conformidade com a Circular Normativa Conjunta n.º 01/2020/SGMS/SPMS, nomeadamente, a morada, horários, áreas de influência e e-mail para o encaminhamento do SNS24;</p> <p>21. Garantir a efetiva separação dos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes; e a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas;</p> <p>22. Informar os cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR-SU, bem sinalizadas de forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes;</p> <p>23. Criar enfermarias e unidades de cuidados intensivos (UCI) para internamento em <i>coorte</i> de doentes com COVID-19, com dimensão adequada à densidade populacional e evolução epidemiológica regional e local;</p> <p>24. Implementar a resposta da Medicina Intensiva estabelecida na Norma 005/2020 e na rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva.</p>
<p><b>INFARMED, ARS, Conselhos Administração Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais Saúde</b></p>	<p>25. Garantir a disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e dispositivos médicos adequados e necessários para a avaliação dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>26. Garantir a disponibilização e distribuição em tempo clinicamente útil de todos os medicamentos recomendados para a terapêutica dos doentes com COVID-19, nos termos da presente Norma.</p>
<p><b>ARS, em articulação com o INSA, IP, e a ACSS, IP.</b></p>	<p>27. Mapear os locais disponíveis para a colheita de amostras e realização de testes laboratoriais, que garantam resultados até 24 horas desde a sua requisição, dando preferência à colheita no domicílio;</p> <p>28. Comunicar à SGMS e à SPMS da listagem dos postos de colheita e realização de testes laboratoriais, bem como da criação/eliminação de locais para esse fim, garantindo a atualização permanente dos dados no SIIP, em conformidade com a Circular Normativa Conjunta n.º 01/2020/SGMS/SPMS, nomeadamente, a morada,</p>

	horários de funcionamento, áreas de influência e <i>e-mail</i> para o encaminhamento do SNS24.
<b>Laboratórios</b> e serviços criados ou selecionados para a colheita e/ou realização de testes laboratoriais	<p>29. Garantir a colheita de amostras no domicílio, ou o agendamento remoto para áreas dedicadas para o efeito, onde estejam garantidas todas as medidas de prevenção e controlo de infeção, por forma a minimizar as deslocações desnecessárias dos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>30. Garantir a disponibilização dos resultados dos testes laboratoriais até 12 horas após a sua realização;</p> <p>31. Notificar todos os resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 na plataforma SINAVElab (<i>área laboratórios</i>) até 12 horas após a sua realização;</p> <p>32. Integrar todos os resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 no Registo de Saúde Eletrónico (RSE).</p>
Equipas de saúde das <b>USF / UCSP</b>	<p>33. Notificar os casos confirmados nas plataformas SINAVEmed (<i>área médicos</i>);</p> <p>34. Informar o doente das medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente a necessidade de utilização de máscara cirúrgica nas deslocações (que devem ser evitadas ao máximo) para realização do teste laboratorial;</p> <p>35. Emitir o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT) quando clinicamente se justificar;</p> <p>36. Realizar a vigilância clínica remota das pessoas sintomáticas em isolamento no domicílio, quando clinicamente indicado de acordo com a presente Norma, através da plataforma Trace COVID-19, e de acordo com Anexo 4.</p>
Equipas de saúde pública das <b>USP</b>	<p>37. Determinar o confinamento obrigatório aos casos confirmados de COVID-19;</p> <p>38. Aplicar as medidas previstas na Norma 015/2020 da DGS;</p> <p>39. Determinar o isolamento profilático dos contactos de alto risco, nos termos da Norma 015/2020 da DGS;</p> <p>40. Articular com as entidades competentes para garantir o encaminhamento dos doentes sem condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio para estruturas residenciais (comissão municipal de proteção civil, articulação intersectorial com os parceiros a nível local ou regional).</p>

## ANEXO 2

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

1. As pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 devem ser avaliadas quanto a:

#### a. Gravidade da apresentação clínica:

- i. **Doença ligeira:** sintomas ligeiros sem evidência de pneumonia ou hipoxemia;
- ii. **Doença moderada:** pneumonia (febre, tosse, dispneia, taquipneia<sup>i</sup>) mas com saturação periférica de O<sub>2</sub> ≥ 90% em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;
- iii. **Doença grave:** pneumonia e, pelo menos, um dos seguintes critérios<sup>ii</sup>:
  - a. Taquipneia superior a 30 ciclos por minuto;
  - b. Dificuldade respiratória;
  - c. SpO<sub>2</sub> inferior a 90% em ar ambiente;
  - d. Instabilidade hemodinâmica;
- iv. **Doença crítica:** síndrome de dificuldade respiratória aguda com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><100 ou choque séptico.

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

- i. Idade superior a 60 anos;
- ii. Doença ou condição crónica: DPOC, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, cirrose hepática, doença renal crónica em hemodiálise, drepanocitose, obesidade;
- iii. Gravidez;
- iv. Neoplasia maligna ativa, particularmente sob quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia/biológicos;
- v. Imunodepressão, particularmente:
  - a. Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou com doença de enxerto contra hospedeiro;
  - b. Transplante de órgão sólido: pulmonar; ou transplante de outro órgão com tratamento de indução há menos de 6 meses ou com rejeição há menos de 3 meses;
  - c. Terapêutica biológica e/ou prednisolona > 20 mg/dia, ou equivalente, mais de 14 dias;
  - d. Infeção por VIH sem tratamento e com contagem TCD<sub>4</sub><sup>+</sup> inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>;
  - e. Imunodeficiência primária (síndrome de imunodeficiência combinada grave, agamaglobulinemia ligada X, deficiência do recetor de interferão e síndrome de hiper-IgE).

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

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



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

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

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

Gravidade da Doença	Condições associadas a evolução para COVID-19 grave	Capacidade de isolamento	Avaliação clínica presencial	Seguimento clínico
<b>Assintomática</b>	N/A	Sim	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
<b>Ligeira</b>	Não	Sim	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
		Não	Não	Autocuidados e isolamento no domicílio
	Obesidade Doença crónica compensada	-	<b>ADR-C</b>	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento, podendo incluir vigilância clínica remota durante o isolamento em domicílio (através da plataforma Trace COVID-19)
	Doença crónica descompensada Doença renal crónica em diálise Neoplasia maligna ativa Imunossupressão grave	-	<b>ADR-SU</b>	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento, podendo incluir vigilância clínica remota durante o isolamento em domicílio (através da plataforma Trace COVID-19)
<b>Moderada</b>	-	-	<b>ADR-C</b>	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento
<b>Grave</b>	-	-	<b>ADR-SU</b>	Internamento Hospitalar

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

## Critérios de Internamento Hospitalar

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

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

## Critérios de Admissão em UCI para Adultos:

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

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

## Critérios de Admissão em UCI para a Idade Pediátrica

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

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

## ANEXO 3

### Características das Áreas Dedicadas a Doentes Respiratórios (ADR)

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

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

<sup>2</sup> Consultar Norma 007/2020 da DGS.

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

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

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

<sup>2</sup> Consultar Norma 007/2020 da DGS.

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

## ANEXO 4

### Protocolo para seguimento clínico remoto durante o isolamento em domicílio

1. A avaliação e acompanhamento clínico remoto das pessoas sintomáticas com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 que, nos termos da presente Norma, é assegurada pela equipa de saúde da USF / UCSP e inclui:
  - a. Avaliação clínica com exclusão de critérios para avaliação em ADR-SU, nomeadamente:
    - i. Febre ( $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ) mantida por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
    - ii. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
    - iii. Cianose;
    - iv. Toracalgia;
    - v. Alteração do estado de consciência;
    - vi. Hemoptises;
    - vii. Vômitos persistentes ou diarreia grave.
    - viii. Comorbilidades indicadas no Anexo 1.
  - b. Avaliação da existência de critérios de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio (Anexo 2), incluindo a informação relativa às medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a utilização de máscara nas deslocações imprescindíveis para a realização do teste laboratorial;
  - c. Prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
  - d. Prescrição do teste laboratorial para SARS-CoV-2, quando clinicamente indicado, na plataforma *Exames Sem Papel*, se ainda não tiver sido efetuada;
  - e. Notificação do caso confirmado de infeção na plataforma SINAVEmed;
  - f. 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;
  - g. Articulação com as Autoridades de Saúde. Caso o doente não esteja a cumprir o isolamento no domicílio deve ser contactada a Autoridade de Saúde.
2. Sempre que considerado clinicamente adequado, pode ser programada uma avaliação presencial em ADR-C (preferencialmente com pré-agendamento), ou encaminhamento para avaliação em ADR-SU.
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. O acompanhamento clínico pode ser assegurado:
  - a. Através de auto-reporte diário por parte do doente, desde que reunidas as condições de qualidade e segurança desta modalidade de seguimento, nomeadamente:
    - i. Estabilidade clínica e ausência de critérios de referência à ADR-SU;
    - 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 da auto-reporte de sintomas, nos termos do número anterior:
  - a. O registo de sintomas é realizado diariamente pelo doente, através da funcionalidade disponível no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) ou portal COVID-19 da DGS.
  - b. A equipa de saúde da USF / UCSP garante avaliação telefónica caso o doente reporte sintomas de febre, dificuldade respiratória, dor torácica (pleurítica), vómitos ou diarreia;
  - c. O seguimento clínico através de auto-reporte deve ser interrompido sempre que se verificar um agravamento clínico ou qualquer outra situação que o justifique.
6. Nas situações em que a equipa de saúde das USF/UCSP considere que a pessoa não tem necessidade de manter vigilância clínica em 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".



## GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

### Peritos e Instituições Auscultadas

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, Válder Fonseca, Vera Silva.

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