

NORMA

NÚMERO: 004/2020
DATA: 23/03/2020

Maria da Graça Gregório de Freitas
Digitally signed by Maria da Graça Gregório de Freitas
DN: c=PT, o=Direção-Geral da Saúde, cn=Maria da Graça Gregório de Freitas
Date: 2020.03.23 17:40:28 Z

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

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Coronavirus, SNS24, Areas Dedicadas COVID-19 (ADC)

PARA: Sistema de Saúde

CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

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 14-A/2020 de 18 de março.

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 saúde. Assim, o modelo de abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 no SNS, constante na presente Norma será aplicável às unidades 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 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 determina:

- 1. A preparação do sistema de saúde para a Fase de Mitigação da Pandemia COVID-19 nos termos da presente Norma, com produção de efeitos às 00:00 do dia 26 de março de 2020.**
2. Sempre que a evolução epidemiológica e científica demonstrem a necessidade de implementação de novas medidas a presente Norma é atualizada.
3. É revogada a Orientação 002/2020 da DGS.

I. Abordagem de Pessoas com Suspeita de COVID-19

1. Todas as pessoas que desenvolvam quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória, são considerados suspeitos de COVID-19 e ligam para a Linha SNS24 (808 24 24 24).
2. De forma complementar, o contacto pelos doentes suspeitos de COVID-19 indicados no ponto anterior, pode ser feito para linhas telefónicas criadas especificamente para o efeito, pelas ARS, em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), divulgadas com recurso aos parceiros regionais e locais.
3. A avaliação pela Linha SNS24, ou pela USF / UCSP, permite o encaminhamento do doente suspeito de COVID-19 para (Diagrama):
 - a. Autocuidados, em isolamento no domicílio e sob vigilância;
 - b. Avaliação médica em Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários (ADC-COMUNIDADE) (Anexo 1);
 - c. Avaliação médica em Áreas Dedicadas COVID-19 nos Serviços de Urgência do SNS (ADC-SU) (Anexo 2);
 - d. CODU/INEM.
4. Os doentes com suspeita de COVID-19 devem ser submetidos a teste laboratorial para SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior), nos termos da Orientação n.º 015/2020 e da Orientação n.º 003/2020 da DGS em vigor.
5. 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 seguintes¹:
 - a. Doentes com critérios de internamento hospitalar;
 - b. Recém-nascidos e grávidas;
 - c. Profissionais de saúde sintomáticos;
 - 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. Doentes em situações de maior vulnerabilidade, tais como residência em lares e unidades de convalescença;
 - f. Doentes com contacto próximo com pessoas com as comorbilidades identificadas acima.

¹ COVID-19 EU recommendations for testing strategies (https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response_en)

6. Todos os doentes com suspeita de COVID-19 são registados no SINAVE (área médicos).
7. Todos os resultados dos testes laboratoriais são registados na plataforma informática de cada laboratório. Os resultados devem ser registados no SINAVE (área laboratórios), através de *webservice* ou formulários.

II. Doentes com indicação para autocuidados²

1. Para a gestão de doentes em autocuidados e ambulatório é implementada a plataforma "Trace-COVID" (<https://tracecovid19.min-saude.pt/>), uma ferramenta de suporte aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e às 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.
2. Os doentes com indicação para autocuidados:
 - a. Permanecem em isolamento no domicílio³, em cumprimento estrito das indicações da Orientação n.º 010/2020 da DGS, em vigor;
 - 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 os pontos I.4 a I.5 da presente Norma);
 - d. São informados sobre o resultado do teste laboratorial e das recomendações a seguir de acordo com os resultados.
3. Para o efeito do disposto no número anterior:
 - a. As ARS em articulação com o INSA:
 - i. Garantem o mapeamento dos locais disponíveis/reconhecidos para a realização de testes laboratoriais e o seu envio ao SNS24, em formato estruturado definido pela SPMS, e às USF / UCSP.
 - b. A Linha SNS24, após avaliar e validar as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 3):
 - i. Envia ao doente, por SMS, a requisição do teste laboratorial;
 - ii. Garante a informação, ao doente, relativa ao folheto informativo anexo à Orientação n.º 010/2020 da DGS, em vigor;
 - iii. Garante a inclusão do doente no *Trace-COVID* com a informação do nome, número de utente, morada e número de telemóvel.
 - c. Os laboratórios, e/ou outros serviços disponíveis para o efeito, garantem:

² Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts: interim guidance, February 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

³ Ou outras áreas criadas, a nível regional ou local, destinadas para o efeito.

- 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-19⁴, e a realização dos testes laboratoriais, no prazo máximo de 48 horas, após contacto pelo doente ou seu representante;
 - iv. O registo do resultado do teste laboratorial no SINAVE (área laboratórios).
 - d. As equipas de saúde das USF / UCSP, garantem a:
 - i. Realização de avaliação telefónica de seguimento, por médico, preferencialmente o médico de família do utente, até 24 horas após o contacto com a Linha SNS24, com recurso ao *Trace-COVID*, de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 4;
 - ii. Notificação do caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - iii. Informação sobre o resultado do teste laboratorial.
 - iv. Inserção do doente no *Trace-COVID*, nos casos em que o contacto tenha ocorrido para a USF / UCSP, através das linhas criadas especificamente para o efeito nos termos do número I.2, e a requisição do teste, através da plataforma *Exames sem Papel*, enviada por SMS.
 - 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, em vigor;
 - ii. Após a receção do SMS com a requisição do teste laboratorial contactam um local de colheita autorizado de modo a proceder à 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 *Trace-COVID*.
4. Os doentes que não cumpram as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio, indicadas no Anexo 3, 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.
5. 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*.
6. Os doentes em domicílio, com resultado laboratorial positivo, mantêm-se em isolamento e sob seguimento clínico de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 4 e a Orientação n.º 010/2020 da DGS em vigor.

⁴ Garantindo o cumprimento da Orientação nº 015/2020 e 003/2020 da DGS, em vigor.

7. Os doentes em domicílio, com resultado laboratorial positivo, que fiquem assintomáticos durante o seguimento (Anexo 4), repetem o teste entre o 10.º e o 14.º dia após o início dos sintomas.
8. A cura é determinada pela existência de dois testes (RT-PCR para SARS-CoV-2) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença⁵.
9. Para os efeitos dispostos nos números II.7 e II.8, o médico que efetua o seguimento clínico, de acordo com o protocolo estabelecido no Anexo 4, e procede à emissão de requisição dos testes necessários através da plataforma *Exames Sem Papel*.
10. Nas situações em que não seja possível testar todos os doentes para determinação de cura, e perante a evolução epidemiológica, o disposto nos pontos II.7 a II.9 é adaptado.

III. Doentes com indicação para avaliação médica nas Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários

1. As ARS, os Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde (ULS) e os Diretores Executivos dos ACES devem garantir a criação de, pelo menos uma Área Dedicada COVID-19 (ADC-COMUNIDADE) em cada ACES, de acordo com o Anexo 5, 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Os doentes que, de acordo com a Linha SNS24, tenham indicação para avaliação nos Cuidados de Saúde Primários são encaminhados para a ADC-COMUNIDADE.
6. 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

⁵ Center for Disease Control and Prevention. Novel coronavirus: discharge criteria.

doentes que não tenham qualquer possibilidade de transporte particular, não devendo utilizar transportes públicos.

7. Todos os doentes que recorram aos CSP com os sintomas descritos no ponto I.1 da presente Norma são submetidos a avaliação médica 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 6).
8. 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.
9. Os doentes que não cumpram condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 3), e para os quais não exista uma alternativa definida a nível regional ou local, são encaminhados a ADC de um Serviço de Urgência, nos termos do ponto II.4.
10. Os doentes sem indicação para avaliação na ADC-SU, são submetidos a teste laboratorial, nos locais disponíveis para o efeito, em cada região ou local, nos termos do ponto I.4.
11. 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.
12. Estes doentes, identificados no ponto III.10, têm indicação para autocuidados, isolamento no domicílio e vigilância/seguimento clínico.
13. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa da ADC-COMUNIDADE, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto II.3 e II.4 a II.9 da presente Norma:
 - a. Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - b. Insere o doente no *Trace-COVID*, 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, em vigor.

IV. Doentes com indicação para avaliação médica nas Áreas Dedicadas COVID-19 nos Serviços de Urgência

1. 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 5, e de enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19⁶.

⁶ Com exceção do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto.

2. Nos hospitais com serviços de pediatria, 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, após ser esgotada a capacidade de resposta dos hospitais de referência identificados para o tratamento dos doentes COVID-19 em idade pediátrica⁷.
3. 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.
4. Os doentes que, de acordo com a Linha SNS24 ou a avaliação médica na ADC-COMUNIDADE, tenham indicação para avaliação médica na ADC-SU são encaminhados, em veículo próprio, ou em ambulância ao Serviço de Urgência com ADC-SU.
5. Todos os doentes que recorram ao SU, incluindo através do CODU/INEM, com os sintomas descritos no ponto I.1 da presente Norma são submetidos a avaliação médica na ADC-SU, e sempre que sejam considerados suspeitos para COVID-19 realizam o teste laboratorial.
6. Os doentes que não apresentem qualquer um dos critérios de internamento definidos no Anexo 6 e que, cumulativamente, cumpram as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio constantes no Anexo 3, 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.
7. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa da ADC-SU, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto II.3 e II.4 a II.9 da presente Norma:
 - a. Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - b. Insere o doente no Trace-COVID, 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, em vigor.
8. Os doentes com indicação para internamento hospitalar, de acordo com os critérios indicados no Anexo 6, devem ser internados em áreas dedicadas nas enfermarias ou Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de acordo com a estratificação do risco clínico, constante no Anexos 7 e 8.
9. 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

⁷ <https://covid19.min-saude.pt/dispositivos-de-saude-publica/>

constituídas UCI dedicadas ao tratamento intensivo de doentes com COVID-19, preferencialmente nos Hospitais de Referência⁸.

10. Os doentes internados com COVID-19, confirmados laboratorialmente, devem ser tratados de acordo com as seguintes recomendações (Anexo 7 e 8):
 - a. Tratamento sintomático⁹ e de suporte;
 - b. Utilização cautelosa de corticosteroides^{10,11}, exceto nos doentes com indicação clínica para a sua utilização pela(s) comorbilidade(s) presentes ou com evolução para ARDS;
 - c. Prescrição de antibioterapia empírica para todas as suspeitas de sobreinfecção bacteriana, após colheita de amostras para exame microbiológico.

11. Os doentes adultos com COVID-19 internados podem, de acordo com a avaliação médica, ter alta precoce do internamento hospitalar, se cumulativamente apresentarem:
 - a. Evolução clínica favorável;
 - b. Apirexia mantida há pelo menos 2 dias;
 - c. Ausência de insuficiência respiratória ou necessidade de oxigenoterapia;
 - d. Ausência de agravamento imagiológico;
 - e. Cumprimento das condições de exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 3, e do estrito cumprimento da Orientação 010/2020 da DGS.

12. Para o efeito do disposto no número anterior, a equipa do internamento, de modo a garantir o cumprimento das alíneas aplicáveis do ponto II.3 e II.4 a II.9 da presente Norma:
 - a. Notifica caso suspeito na plataforma SINAVE (área clínica);
 - b. Insere o doente no Trace-COVID, 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, em vigor.

13. Para efeito do disposto no ponto IV.11, 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 cumulativamente¹²:
 - a. Cumpram pelo menos 7 dias de internamento em enfermaria;
 - b. Estejam garantidas as condições de exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 3, e o estrito cumprimento da Orientação 010/2020 da DGS.

⁸ <https://covid19.min-saude.pt/dispositivos-de-saude-publica/>

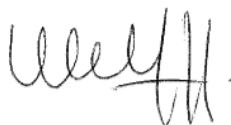
⁹ Utilizar Paracetamol, como antipirético de primeira linha. Os AINEs não estão contraindicados (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatory-covid-19>)

¹⁰ Center for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection, Updated February 12, 2020.

¹¹ World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 February 2020

¹² Zhou Fei, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet 2020 (Epub ahead of print).

14. Os doentes pediátricos com COVID-19 internados poderão, de acordo com a avaliação médica, ter alta do internamento hospitalar, se cumulativamente apresentarem:
- Evolução clínica favorável;
 - Apirexia mantida há pelo menos 3 dias;
 - Ausência de sinais de desidratação;
 - Tolerância 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, comorbilidades (Anexo 6) e grávidas.
15. 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 em vigor.



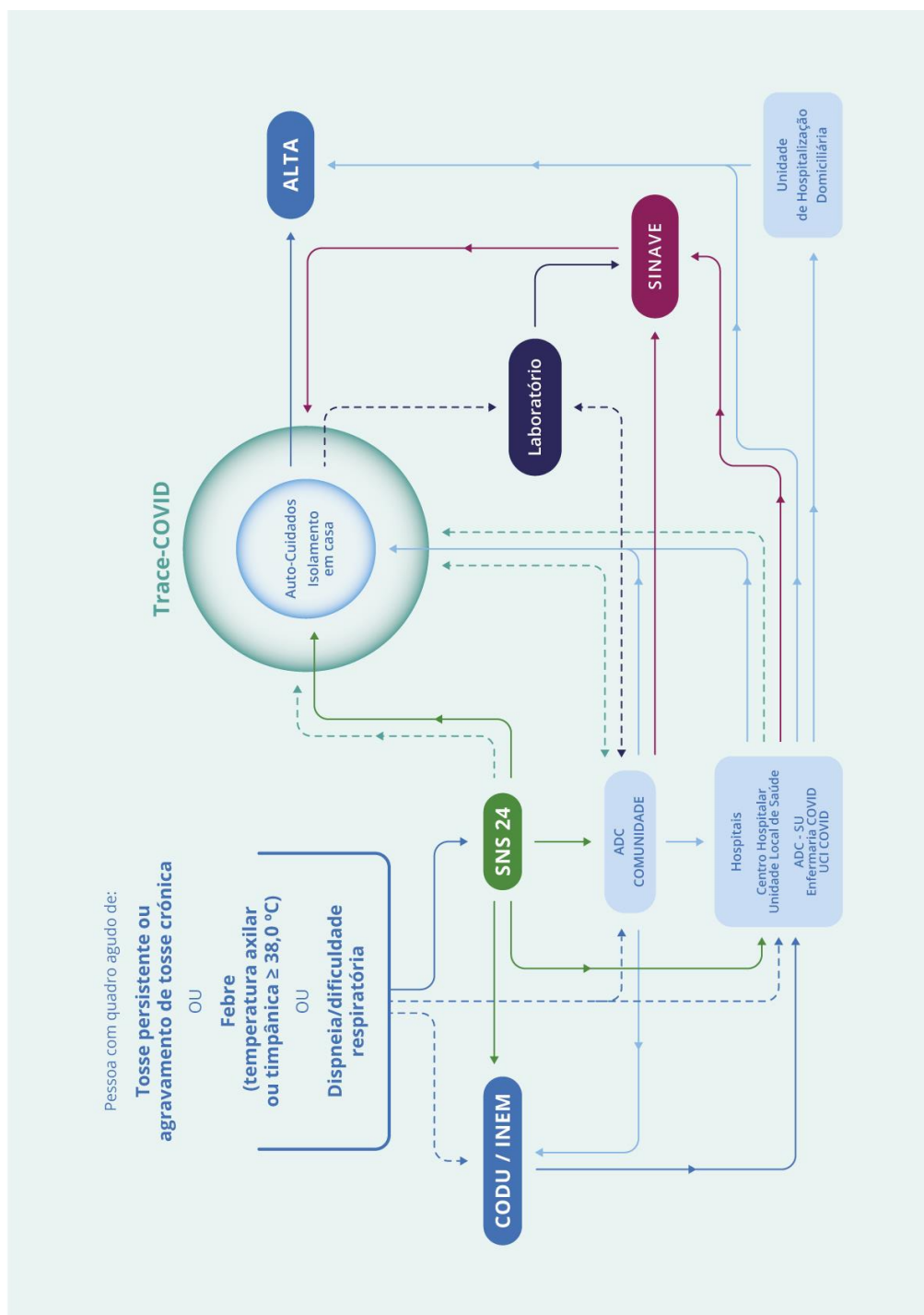
Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

António Dinis, Benvinda Estela dos Santos, Carla Pereira, Cátia Albino, Célia Oliveira, Diogo Cruz, Elisabete Serrada, Etelvina Calé, Fernando Maltez, Filipe Froes, Filomena Araújo, Graça Lima, Gorete Lopes, Guilherme Duarte, Maria Goreti Silva, Isabel Pires, Licínia Sebastião, Maria João Brito, Maria Neto, Margarida Tavares, 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 INFARMED, INSA, SPMS, ACSS e Administrações Regionais de Saúde.

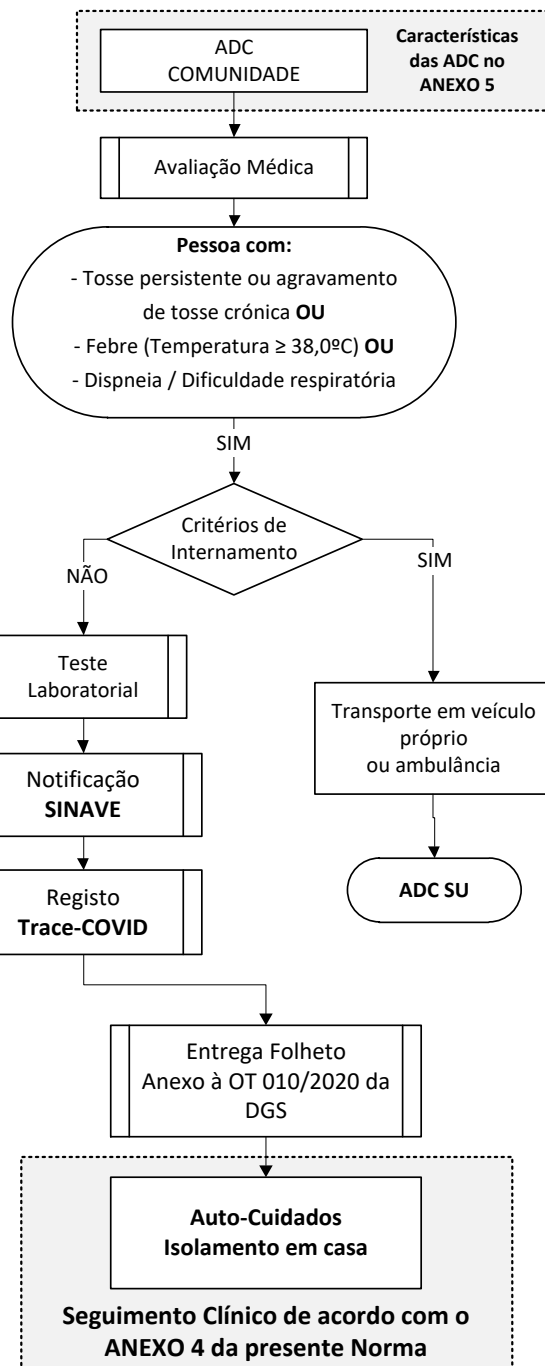
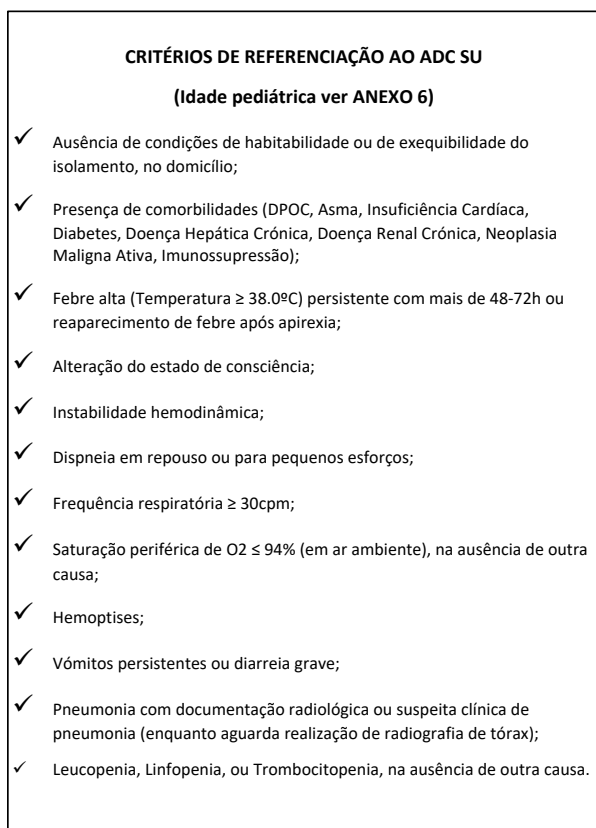
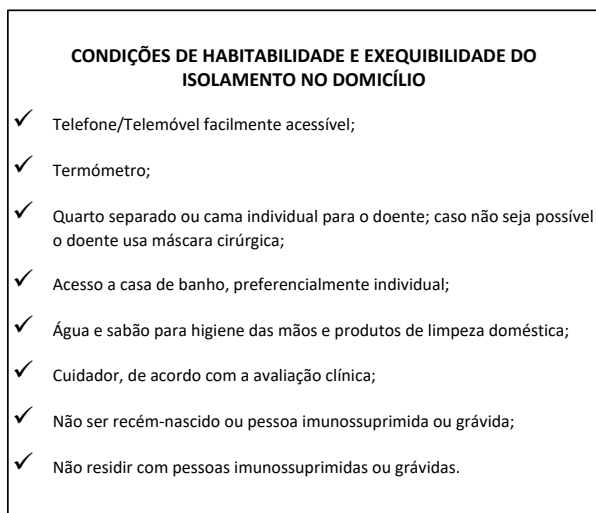
DIAGRAMA¹³



¹³ 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 das Áreas Dedicadas COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários (ADC Comunidade)



ANEXO 2

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

- CONDIÇÕES DE HABITABILIDADE E EXEQUIBILIDADE DO ISOLAMENTO NO DOMICÍLIO**
- ✓ Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
 - ✓ Termómetro;
 - ✓ Quarto separado ou cama individual para o doente; caso não seja possível o doente usa máscara cirúrgica;
 - ✓ Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
 - ✓ Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
 - ✓ Cuidador, de acordo com a avaliação clínica;
 - ✓ Não ser recém-nascido ou pessoa imunossuprimida ou grávida;
 - ✓ Não residir com pessoas imunossuprimidas ou grávidas.

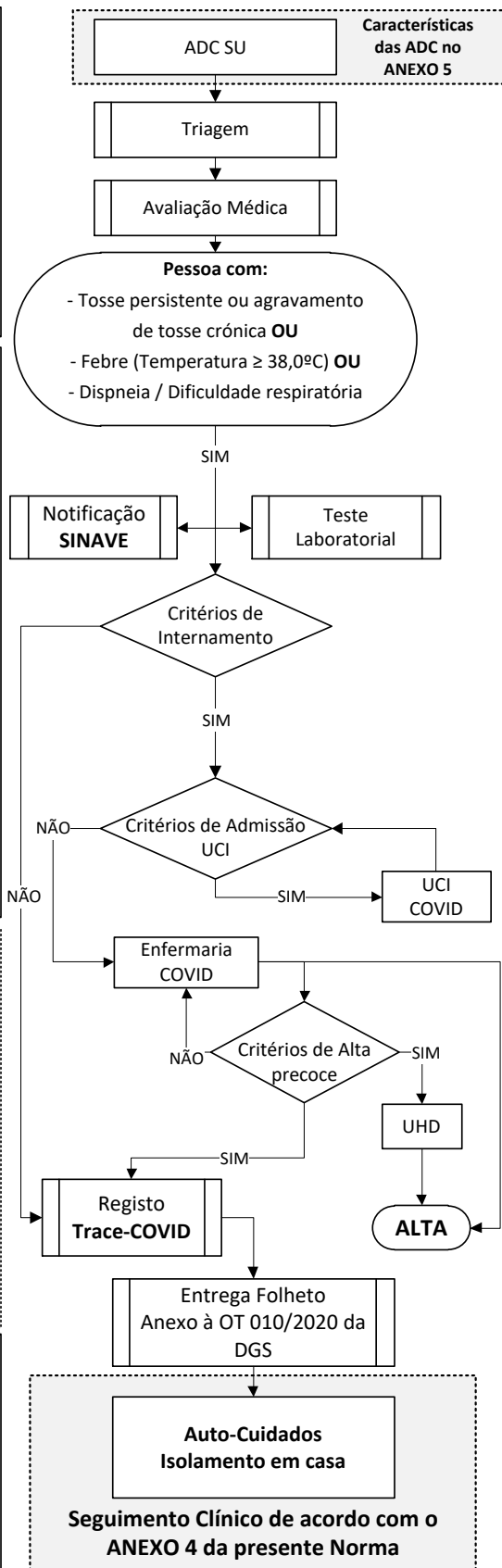
- CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO em ADULTOS (Idade pediátrica ver ANEXO 6)**
- ✓ Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio;
 - ✓ Presença de comorbilidades (DPOC, Asma, Insuficiência Cardíaca, Diabetes, Doença Hepática Crónica, Doença Renal Crónica, Neoplasia Maligna Ativa, Imunossupressão);
 - ✓ Febre alta (Temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) persistente com mais de 48-72h ou reaparecimento de febre após apirexia;
 - ✓ Alteração do estado de consciência;
 - ✓ Instabilidade hemodinâmica;
 - ✓ Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - ✓ Frequência respiratória $\geq 30\text{cpm}$;
 - ✓ Saturação periférica de $\text{O}_2 \leq 94\%$ (em ar ambiente), na ausência de outra causa;
 - ✓ Hemoptises;
 - ✓ Vômitos persistentes ou diarreia grave;
 - ✓ Pneumonia com documentação radiológica ou suspeita clínica de pneumonia (enquanto aguarda realização de radiografia de tórax);
 - ✓ Leucopenia, Linfopenia, ou Trombocitopenia, na ausência de outra causa.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ADULTOS: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UCI (Idade pediátrica ver ANEXO 8)

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

| Tipo | Crítérios |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 250$; 3. Pneumonia com envolvimento multilobar; 4. Alteração do estado de consciência; 5. Ureia = 42mg/dL; 6. Leucopénia ($< 4000/\text{mm}^3$), na ausência de outra causa; 7. Trombocitopénia ($< 100000/\text{mm}^3$), na ausência de outra causa; 8. Hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$); 9. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva. |

- CRITÉRIOS DE ALTA PRECOCE**
- ✓ Evolução clínica favorável E;
 - ✓ Apirexia mantida há pelo menos 2 dias E;
 - ✓ Ausência de insuf. respiratória ou necessidade de oxigenoterapia E;
 - ✓ Ausência de agravamento imagiológico E;
 - ✓ Cumprimento das condições de exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 1, e do estrito cumprimento da Orientação 010/2020 da DGS.



ANEXO 3

Condições de Habitabilidade e Exequibilidade do Isolamento no domicílio¹⁴

1. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
2. Termómetro;
3. Quarto separado ou cama individual para o doente; caso não seja possível o doente usa máscara cirúrgica¹⁵;
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;
7. Não ser recém-nascido ou pessoa imunossuprimida ou grávida;
8. Não residir com pessoas imunossuprimidas ou grávidas.

¹⁴ Orientação 010/2020 da DGS.

¹⁵ Coronavírus Disease 2019. UpToDate (<https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>), acedido a 21 de março de 2020

ANEXO 4

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

1. A avaliação médica, pela equipa de saúde da USF / UCSP, por via telefónica, deve ser realizada nas primeiras 24 horas após o contacto com a Linha SNS24;
2. Esta avaliação deverá ser registada como “Consulta Indireta”, no sistema clínico em vigor na unidade de cuidados de saúde primários, mantendo-se, para o efeito, um registo clínico adequado no Trace-COVID;
3. A avaliação médica por via telefónica deve incluir a:
 - a. Confirmação da existência de condições de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio, nos termos do Anexo 3;
 - b. Verificação da realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2;
 - c. Verificação do contacto pela Autoridade de Saúde, nos casos confirmados;
 - d. A exclusão de critérios para avaliação em ADC-SU, nomeadamente:
 - i. Febre alta ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48-72h ou reaparecimento após apirexia;
 - ii. Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - iii. Alteração do estado de consciência;
 - iv. Hemoptises;
 - v. Vómitos persistentes ou diarreia grave.
 - e. Sempre que for considerado clinicamente adequado pode ser agendada uma teleconsulta, uma consulta no domicílio ou uma consulta na ADC-COMUNIDADE.
 - 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.
4. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada em domicílio, pelas Farmácias Comunitárias.
5. A avaliação médica, pela equipa de saúde da USF / UCSP, por via telefónica, deverá ser realizada diariamente, até à cura.

ANEXO 5

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. | |
| Equipamento e material | Médico-Cirurgico | <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 para 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 003/2020 da DGS, em vigor.

ANEXO 6

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

1. Idade Adulta, presença de ≥ 1 critério:
 - a. Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio (ver Anexo 3);
 - b. Presença de comorbilidades (DPOC, Asma, Insuficiência Cardíaca, Diabetes, Doença Hepática Crónica, Doença Renal Crónica, Neoplasia Maligna Ativa, Imunossupressão);
 - c. Febre alta (Temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) persistente com mais de 48-72h ou reaparecimento de febre após apirexia;
 - d. Alteração do estado de consciência;
 - e. Instabilidade hemodinâmica;
 - f. Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - g. Frequência respiratória $\geq 30\text{cpm}$;
 - h. Saturação periférica de $\text{O}_2 \leq 94\%$ (em ar ambiente), na ausência de outra causa;
 - i. Hemoptises;
 - j. Vômitos persistentes ou diarreia grave;
 - k. Pneumonia com documentação radiológica ou suspeita clínica de pneumonia (enquanto aguarda realização de radiografia de tórax);
 - l. 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. Recém-nascidos filhos de mãe com infeção confirmada por SARS-CoV-2;
 - 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;
 - ii. Gemido expiratório;
 - iii. 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 para o miocárdio aumentadas, alterações eletrocardiográficas ST-T, cardiomegalia e insuficiência cardíaca.
 - k. Desidratação grave ou vômitos;
 - l. Rabdomiólise;
 - m. Acidose metabólica.

ANEXO 7

Abordagem do Doente Adulto com Infecção Confirmada de SARS-CoV-2 em Internamento Hospitalar

1. Estratificação de Risco: Critérios de Admissão em UCI

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; 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. Abordagem Terapêutica:

Não existem atualmente medicamentos autorizados para o tratamento de COVID-19 nem estão também autorizadas quaisquer vacinas. Existem, contudo, várias moléculas apontadas como possíveis candidatos terapêuticos. À data, considerando o conhecimento científico atual e as recomendações da OMS, encontram-se em investigação, entre outras, as seguintes estratégias terapêuticas: Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir, e Cloroquina ou Hidroxicloroquina.

À data, podem ser equacionadas terapêuticas antivirais, de acordo com os critérios seguintes, e com o juízo clínico:

| Local | Critérios Terapêutica Antiviral | Fármaco |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermaria | <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiência respiratória com $PaO_2/FiO_2 < 300$ OU <ol style="list-style-type: none"> 2. Evidência radiológica de pneumonia | Hidroxicloroquina 200mg, 1cp de 12/12 horas durante pelo menos 7 dias OU Cloroquina 250mg, 2 cp de 12/12 horas durante pelo menos 7 dias Considerar, adicionar: Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg, 2cp de 12/12 horas durante, pelo menos 7 dias. |

| | | |
|-----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UCI | Todos os doentes | <p>Hidroxicloroquina 200mg, 1cp de 12/12 horas durante pelo menos 7 dias (até 20 dias)</p> <p>OU</p> <p>Cloroquina 250mg, 2 cp de 12/12 horas durante pelo menos 7 dias (até 20 dias)</p> <p>Considerar adicionar:</p> <p>Remdesivir¹⁶ 200mg EV no primeiro dia, 100mg EV do 2.º ao 10.º dia</p> <p>E/OU</p> <p>Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg, 2cp de 12/12 horas durante, pelo menos 7 dias.</p> |
|-----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¹⁶ Os pedidos de acesso para a utilização excecional deste medicamento experimental devem ser submetidos à GILEAD, através de um portal criado para o efeito, pelo médico assistente do doente. O Departamento Médico da Empresa, avalia cada pedido de forma individualizada, a fim de ser disponibilizado o medicamento aos doentes que cumpram os critérios de inclusão definidos pela GILEAD, desde que não cumpram nenhum dos critérios de exclusão (ver: <https://rdvcu.gilead.com/>). Após confirmação de disponibilidade por parte da GILEAD, o médico requerente faz um pedido de Autorização de Utilização Excecional (AUE) ao INFARMED, através da sua unidade de saúde, de acordo com os procedimentos habituais. Consultar: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/covid-19>.

ANEXO 8:

Abordagem do Doente Pediátrico com Infecção Confirmada de SARS-CoV-2 em Internamento Hospitalar

1. Estratificação de Risco: Critérios de Admissão em UCI

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 SatO₂ < 92% e com frequência respiratória > 70cpm (para pessoas com menos de 12 meses de idade) ou > 50cpm (para pessoas com mais de 12 meses);
- c. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva);
- d. Síndrome da Dificuldade Respiratória Agudo;
- e. Choque séptico ou falência de órgão.

2. Abordagem Terapêutica:

Não existem atualmente medicamentos autorizados para o tratamento de COVID-19 nem estão também autorizadas quaisquer vacinas. Existem, contudo, várias moléculas apontadas como possíveis candidatos terapêuticos. À data, considerando o conhecimento científico atual e as recomendações da OMS, encontram-se em investigação, entre outras, as seguintes estratégias terapêuticas: Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir, e Cloroquina ou Hidroxicloroquina.

À data, podem ser equacionadas terapêuticas antivirais, de acordo com os critérios seguintes, e com o juízo clínico:

| Local | Critérios Terapêutica Antiviral | Fármaco |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermaria COVID-19 | Comorbilidades (Doença Cardíaca, Pulmonar, Oncológica, Hepática Crónica ou Neurológica Crónica, Diabetes, Imunossupressão), mesmo com radiografia torácica normal | <i>Considerar caso a caso</i> Lopinavir/Ritonavir, até estabilidade clínica: 7 – 15Kg: 12/3mg/kg, 12/12 horas 15 – 40Kg: 10/2.5mg/Kg, 12/12 horas > 40Kg: 400/100mg, 12/12 horas durante, |
| Enfermaria COVID-19 | 1. Insuficiência respiratória com hipoxemia OU 2. Evidência radiológica de pneumonia | Lopinavir/Ritonavir, até estabilidade clínica: 7 – 15Kg: 12/3mg/kg, 12/12 horas 15 – 40Kg: 10/2.5mg/Kg, 12/12 horas > 40Kg: 400/100mg, 12/12 horas durante, + Cloroquina 250mg, 2 cp de 12/12 horas, se mais de 40Kg. |

| | | |
|--------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>OU</p> <p>Hidroxiclороquina 6.5mg/kg/dia (< 6 anos) / 10mg/kg/dia (≥ 6 anos), ou 400mg/dia se mais de 40Kg.</p> <p>O tratamento está preconizado pelo menos por 7 dias e até 20 dias, podendo-se equacionar a sua suspensão após resolução da febre.</p> |
| UCI COVID-19 | Todos os doentes | <p>Remdesivir¹⁷:</p> <p>< 40Kg: 5mg/kg Ev no primeiro dia, 2.5mg/kg/dia EV do 2.º ao 9.º dia</p> <p>≥ 40Kg: 200mg EV no primeiro dia, 100mg EV do 2.º ao 10.º dia</p> <p>+</p> <p>Cloroquina 250mg, 2 cp de 12/12 horas, se mais de 40Kg.</p> <p>OU</p> <p>Hidroxiclороquina 6.5mg/kg/dia (< 6 anos) / 10mg/kg/dia (≥ 6 anos), ou 400mg/dia se mais de 40Kg.</p> <p>O tratamento está preconizado pelo menos por 7 dias e até 20 dias, podendo-se equacionar a sua suspensão após resolução da febre.</p> |

¹⁷ Os pedidos de acesso para a utilização excecional deste medicamento experimental devem ser submetidos à GILEAD, através de um portal criado para o efeito, pelo médico assistente do doente. O Departamento Médico da Empresa, avalia cada pedido de forma individualizada, a fim de ser disponibilizado o medicamento aos doentes que cumpram os critérios de inclusão definidos pela GILEAD, desde que não cumpram nenhum dos critérios de exclusão (ver: <https://rdvcu.gilead.com/>). Após confirmação de disponibilidade por parte da GILEAD, o médico requerente faz um pedido de Autorização de Utilização excecional (AUE) ao INFARMED, através da sua unidade de saúde, de acordo com os procedimentos habituais. Consultar: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/covid-19>.