

---

Para: Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde, Delegados de Saúde  
Concelhios, Linha de Saúde Açores, Linha de Esclarecimento Não Médico  
COVID-19 C/c Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

Assunto: **Abordagem dos casos suspeitos ou com confirmação de COVID 19  
e Rastreios para SARS-CoV-2**

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: [sres-drs@azores.gov.pt](mailto:sres-drs@azores.gov.pt)

Class.:C/C. C/F.

### **(ATUALIZAÇÃO)**

Desde o reconhecimento da doença (COVID-19) pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) como Pandemia pela Organização Mundial de Saúde que têm sido adotadas várias medidas para prevenir e conter a transmissão do vírus SARS-CoV-2. Estas medidas incluíram a implementação, de um modelo inovador de abordagem dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2 no Serviço Regional da Saúde (SRS), assente numa resposta adequada, atempada e articulada de todo o sistema de saúde.

A rápida evolução científica impõe uma atualização permanente da abordagem clínica das pessoas com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2, que se pretende mais sustentada em evidência e continuamente adaptada à evolução epidemiológica e às medidas de Saúde Pública implementadas.

Considerando os desafios da época de outono-inverno, o crescimento epidémico da COVID-19 e o inevitável aumento da incidência de outras infeções respiratórias agudas clinicamente indistinguíveis da infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente, a gripe, importa evoluir na abordagem e acompanhamento clínico dos doentes com suspeita e confirmação de COVID-19.



---

Em concreto, importa definir um modelo assente no cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, no diagnóstico diferencial rápido das infeções respiratórias agudas, com base na utilização adequada e precoce de testes laboratoriais, na separação de circuitos, e na melhoria da eficiência, qualidade e segurança do seguimento clínico dos doentes com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2, bem como do processo de rastreio.

Nos termos do artigo 12º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 1/2020/A, de 23 de janeiro, na sequência de despacho de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde e Desporto, datado de 19 de março de 2021, determina-se o seguinte:

### **1. Introdução**

O modelo de abordagem, pelas Unidades de Saúde (US) de casos suspeitos ou confirmados de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19), ou do seu rastreio é implementado através das medidas e ações das várias entidades do SRS, nos termos do Anexo 1 da presente circular normativa.

- a) A abordagem clínica de doentes com suspeita ou com infeção confirmada por SARS-CoV-2 que constituam grupos específicos ou de maior vulnerabilidade, entre os quais **grávidas, recém-nascidos, pessoas com doença renal crónica** em programa de diálise e pessoas com **doença oncológica e residentes em ERPI ou estruturas similares**, deve seguir as orientações específicas da DRS para estes grupos.
- b) **As pessoas com um resultado positivo num teste laboratorial para SARS-CoV-2 sem qualquer manifestação clínica de doença** à data do diagnóstico laboratorial são considerados doentes com COVID-19 assintomática e **têm indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio**, nos termos da presente circular normativa.

---

## 2. Critérios para a definição de caso de COVID-19, responsabilidade de requisitar os testes e definição de contacto:

### 2.1. Critérios para a Definição de Caso de COVID-19:

a) **Critérios clínicos:** Qualquer pessoa que apresente, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- i. Tosse de novo ou agravamento do padrão habitual;
- ii. Febre (temperatura corporal  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) sem outra causa atribuível;
- iii. Dispneia / dificuldade respiratória sem outra causa atribuível;
- iv. Cefaleia de novo ou agravamento do padrão habitual;
- v. Rinorreia sem outra causa atribuível;
- vi. Anosmia de início súbito;
- vii. Disgeusia ou ageusia de início súbito.

b) **Critérios epidemiológicos:** Qualquer pessoa que apresente, pelo menos, um dos seguintes critérios nos 14 dias antes do início de sintomas:

- i. Contacto com um caso confirmado de COVID-19;
- ii. Passageiros que viajaram, por via aérea ou por via marítima, e que sejam provenientes de zonas consideradas pela Organização Mundial de Saúde e pela Autoridade de Saúde Regional da RAA como sendo zonas de transmissão comunitária ativa;
- iii. Residente ou trabalhador numa instituição onde se encontrem pessoas em situações vulneráveis (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Estabelecimento prisional, Abrigo, Casa de Acolhimento ou instituição equiparada, Unidades de Cuidados Continuados, Casas de Saúde) e onde existe transmissão documentada de COVID-19;
- iv. Exposição laboratorial não protegida a material biológico infetado/contendo com SARS-CoV-2;



- 
- v. Funcionários das unidades de saúde que prestam cuidados diretos a doentes.

**c) Critérios imagiológicos:**

- i. Na radiografia do tórax: hipotransparências difusas, de contornos irregulares, com distribuição bilateral periférica e/ou subpleural, com predomínio nos lobos inferiores, e/ou consolidação com distribuição periférica e basal.
- ii. Na tomografia computadorizada do tórax: hipodensidades em vidro despolido, com uma distribuição periférica e subpleural; consolidações segmentares multifocais, com distribuição predominante subpleural ou ao longo dos feixes broncovasculares; consolidação com sinal de halo invertido, sugerindo pneumonia organizativa.

**d) Critérios laboratoriais:**

- i. Detecção de ácido nucleico (RNA) de SARS-CoV-2 através de teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) em pelo menos uma amostra respiratória;
- ii. Detecção de antígeno de SARS-CoV-2 através de Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) em pelo menos uma amostra respiratória.

**2.1.1. Classificação do Caso de COVID-19:**

**a) Caso Suspeito:** pessoa que preencha um dos seguintes critérios:

- i. Pelo menos um dos critérios clínicos e um dos critérios epidemiológicos;
- ou
- ii. Pelo menos um dos critérios clínicos e um dos critérios imagiológicos.

---

b) **Apenas para a ilha de São Miguel e até novas orientações, considera-se CASO SUSPEITO, AQUELE QUE APRESENTA APENAS UM DOS CRITÉRIOS CLINICOS.**

c) **Caso Confirmado**: pessoa que preencha os critérios laboratoriais.

2.1.2. Todos os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, ou confirmados, são notificados na plataforma SINAVEmed.

Todos os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 são submetidos a teste laboratorial para SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior)<sup>1</sup>.

## 2.2. Responsabilidade de requisitar os testes para despiste de SARS-CoV-2

A responsabilidade por requisitar os testes laboratoriais para SARS-CoV-2 é do:

- a) Médico da equipa de Acompanhamento Clínico Domiciliário, para os doentes COVID positivos que se encontram em vigilância clínica e confinamento obrigatório (Anexo 4);
- b) Médico da Área Dedicada a Doentes com Suspeita de Infeção Respiratória Aguda (ADR)/SU ou ADR/UBU ou por qualquer médico da US que durante a avaliação clínica considere a suspeita de COVID-19;
- c) Delegado de Saúde Concelhio (DSC) para os casos em isolamento profilático e rastreios da comunidade;
- d) Médico regulador (MR) do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), quando o utente contacta com a Linha de Saúde Açores (LSA) ou 112.

Os resultados dos testes laboratoriais realizados nos termos da alínea b) presente ponto 2. são disponibilizados ao doente e registados na plataforma SINAVElab e no

---

<sup>1</sup> Circular Informativa da DRS nº 21 A, de 31 de maio de 2020 – COVID19: Diagnóstico Laboratorial ou outra que a venha a atualizar ou revogar.



---

Plataforma COVID Açores pelo laboratório, no **prazo máximo de 24 horas após a sua realização**, com indicação do n.º de utente (NNU), ou na ausência deste, nome completo e data de nascimento e dos dados geográficos relativos à morada onde o utente reside e/ou cumpre isolamento, e de forma a não serem ultrapassadas **48 horas** desde a requisição do teste laboratorial e a obtenção do seu resultado.

### **2.3. Definição de contacto**

Um contacto é uma pessoa que esteve exposta a um caso de COVID-19 ou a material biológico infetado com SARS-CoV-2, dentro do período de transmissibilidade.

Para efeitos do rastreio de contactos, o período de transmissibilidade estende-se desde 48 horas antes da data de início de sintomas do caso de COVID-19 sintomático ou da data da colheita do produto biológico do teste laboratorial do caso de COVID-19 assintomático até ao dia em que é estabelecida cura do caso de acordo com o n.º 8 da presente circular.

O risco de contrair infeção por SARS-CoV-2 é dependente do nível de exposição. Os contactos de caso de COVID-19 são classificados, de acordo com o seu nível de exposição, em exposição de alto risco e de baixo risco, de acordo com o exposto no Anexo 5 da presente circular.

A estratificação dos contactos pelo risco de exposição determina o tipo de vigilância e de medidas a implementar.

## **3. Rastreio SARS-CoV-2**

### **3.1. São rastreados para SARS-CoV-2 todos os utentes nas seguintes situações:**

- a) Para internamento, cirurgia, realização de exames invasivos e para tratamentos oncológicos.**

- 
- b) Utentes em tratamento de diálise rastreados, de forma desfasada, entre utentes do mesmo turno (mensalmente);
  - c) Previamente às admissões em Estruturas Residenciais para Idosos, Lares Residenciais para pessoas com deficiência, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde e Estabelecimentos Prisionais.
  - d) Outros utentes a definir pela Autoridade de Saúde Regional após parecer da Comissão Especial de Acompanhamento da Luta Contra a Pandemia por Covid-19.

**3.2. São igualmente rastreados, de forma desfasada, todos os profissionais nas seguintes situações:**

- a) Elementos que trabalham nos serviços de urgência e equipa de evacuações Aeromédicas (quinzenalmente);
- b) Elementos que efetuam transferência programadas de e para o exterior da RAA – Cumprem os critérios, legais em vigor, dos demais passageiros que entram na RAA.
- c) Médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e assistentes operacionais com prestação direta de cuidados (mensalmente);
- d) Colaboradores de Estruturas Residenciais para Idosos, Lares Residenciais para pessoas com deficiência, Serviço de Apoio Domiciliário, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde, mensalmente.
- e) Todos os passageiros que viagem do exterior para Região Autónoma dos Açores, de acordo com as orientações específicas para esta matéria, à data da viagem;
- f) Os profissionais das equipas de colheitas SARS-CoV-2 (mensalmente).
- g) Profissionais de Equipa Técnica de Intervenção Precoce (ETIP) - quinzenalmente.

- 
- h)** Tripulantes de Ambulância de Socorro e outros elementos que contactem diretamente com o público, que constam nas listagens de rastreios periódicos. Devem ser sempre rastreados de modo desfasado (quinzenalmente).
- i. Para tal deverá cada Associação Humanitárias de Bombeiros Voluntários (AHBV), proceder à elaboração do cronograma mensal e enviar ao SRPCBA onde conste, a identificação dos elementos a rastrear em cada dia e ao longo de todo o mês.
  - ii. Sempre que possível os Tripulantes de Ambulância, do mesmo turno/equipa, deverão ser rastreados de forma desfasada entre os restantes profissionais do respetivo turno.
  - iii. A Unidade de Colheitas, caso seja possível, cumpre com a calendarização, proposta pela AHBV e sempre que necessário procede aos necessários ajustes na calendarização da realização das colheitas.
- i)** Outros profissionais a definir pela Autoridade de Saúde Regional após parecer da Comissão Especial de Acompanhamento da Luta Contra a Pandemia por Covid-19.

**3.2.1. Na ilha de São Miguel:**

- a)** Todos os profissionais com prestação direta de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, administrativos e assistentes operacionais com prestação direta de cuidados (quinzenalmente));
- b)** Colaboradores de Estruturas Residenciais para Idosos, Lares Residenciais para pessoas com deficiência, Serviço de Apoio Domiciliário, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde (quinzenalmente).

---

Sempre que possível os profissionais, do mesmo turno/equipa, deverão ser rastreados de forma desfasada entre os restantes profissionais do respetivo turno.

Dependendo do n.º de profissionais e da periodicidade do rastreio de cada serviço, sempre que possível, diariamente, deverão ser rastreados profissionais da mesma equipa e/ou serviço.

As instituições, externas ao SRS, do profissional a rastrear devem proceder à elaboração de um cronograma interno, de modo a que os profissionais sejam testados, faseadamente, ao longo de todo o mês.

Cada instituição/serviço deverá proceder à elaboração do cronograma mensal e enviar à respetiva Delegação de Saúde Concelhia, onde conste a identificação dos elementos a rastrear em cada dia e ao longo do mês.

A Delegação de Saúde Concelhia, e conseqüentemente a Unidade de Colheitas, sempre que possível, cumprem com a calendarização, podendo ser necessário proceder a ajustes nas datas da realização das colheitas.

### **3.3. Profissionais envolvidos diretamente na transferência programada evacuação de emergência de utentes e que se deslocam para o exterior da RAA.**

Os profissionais de saúde em serviço para transferência ou evacuações de doentes devem ter o rastreio periódico de âmbito profissional atualizado, de acordo com a norma técnica da Autoridade de Saúde Regional em vigor à data.

#### **3.3.1. Transferências programadas**

Os profissionais que efetuam a transferência programadas de e para o exterior da RAA cumprem os critérios legais em vigor, para os demais passageiros que entram na RAA com a seguinte especificidade:



- 
- a)** Caso tenham efetuado, na sua unidade de saúde, no âmbito do rastreio profissional, um teste com resultado NEGATIVO, nas 72 horas antes da partida do voo com destino final aos Açores, deverão realizar o teste no 6º dia a contar da data da realização do 1º teste e:
- i. Inicia a sua atividade profissional com o uso de EPI's, adequados às funções exercidas.
  - ii. Retoma o rastreio profissional, de acordo com o esquema preconizado, na US, a partir da data do último teste realizado.
- b)** Caso tenham efetuado, na sua unidade de saúde e no âmbito do rastreio profissional, um teste com resultado NEGATIVO, há mais de 72 horas antes da partida do voo com destino final aos Açores, deverão realizar teste rápido, antes da partida da RAA, e realizar teste pela metodologia RT-PCR, no 6º dia a contar da data da realização do 1º teste.
- i. Inicia a sua atividade profissional com o uso de EPI's adequados às funções exercidas.
  - ii. Retoma o rastreio profissional, de acordo com o esquema preconizado, na US, a partir da data do último teste realizado (teste do 6º dia).

### **3.3.2. Evacuações Aeromédicas**

Cumprem com o descrito na alínea a) do ponto 3.2. e com a seguinte especificidade:

- a)** No regresso à RAA, deverão apresentar comprovativo do último resultado negativo do teste realizado (há menos de 15 dias) no âmbito do rastreio profissional e fazer novo teste ao 6º dia a contar da entrada na RAA.
- i. Retoma o rastreio profissional, de acordo com o esquema preconizado, na US, a partir da data do último teste realizado.

- 
- b)** Caso o último teste tenha sido realizado há mais de 15 dias deverá realizar teste rápido, antes da partida, e ao 6º dia realizar teste pela metodologia RT-PCR.
- i. Inicia a sua atividade profissional com o uso de EPI's adequados às funções exercidas.
  - ii. Retoma o rastreio profissional, de acordo com o esquema preconizado, na US, a partir da data do último teste realizado.

### **3.4. Processo clínico do utente a transferir**

O processo clínico do utente deverá ser digitalizado e enviado informaticamente para a US de destino. A digitalização deverá ser efetuada na US que solicita a transferência.

Os documentos em suporte material (CD ou outros) deverão ser higienizados, na US de destino, antes de serem consultados. Cada US deve estipular os seus procedimentos, de modo a que o material em apreço fique rapidamente disponível.

Na US de destino, os documentos em uso pelos profissionais que acompanharam a equipa devem igualmente ser digitalizados.

Os documentos em papel deverão, sempre que possível, ser arquivados de imediato.

O responsável pelo doente na unidade de saúde de origem deve proceder à alteração dos dados relativos ao doente na plataforma COVID-Açores (alteração de instituição de saúde).

## **4. Registos na plataforma COVID-Açores**

Na Região Autónoma dos Açores todos os utentes considerados como “caso suspeito”, “caso para rastreio” ou “caso confirmado” devem constar na plataforma COVID-Açores. Se aplicável, deve manter atualizada a “Situação” de “internado”, de



---

“Internado em UCI”, de “Alta para o Domicílio”, de “Recuperado”, de “Comprovado Infecção Anterior”, de “Utente Saiu da Região” e “Registo de Óbito”

Deverá constar, sempre que possível a respetiva a “categoria profissional”, o “Tipo de utente” e, caso se trate de profissional de saúde, a identificação da instituição a que este pertence.

Os registos são assegurados pelos vários responsáveis clínicos que, dependendo da situação, podem ser:

**4.1. Regulação médica (esta função pode ser delegada):**

- a) As situações com entrada pela Linha de Saúde Açores (LSA), pela Linha de Emergência Médica (LEM) ou através do 112.
- b) A identificação dos Tripulantes de Ambulância de Socorro, entre outros, que constam nas listagens de rastreios periódicos.

**4.2. Diretores Clínicos (esta função pode ser delegada):**

- a) Admissões nas ADR/SU ou ADR/UBU ou SU/UBU que durante a avaliação clínica o médico considere a suspeita de COVID-19;
- b) Internamento, cirurgia, exames invasivos e tratamentos oncológicos no SRS. Para internamentos ou procedimentos nas unidades privadas de saúde, o SRS não é a entidade responsável pela emissão de requisições para teste e colheitas.
- c) Elementos que trabalhem nos serviços de urgência;
- d) Médicos, enfermeiros técnicos superiores de saúde e assistentes operacionais com prestação direta de cuidados;
- e) Utentes em tratamento de diálise;
- f) Utentes a transferir das US para as Estruturas Residenciais para Idosos, Centros de Acolhimento, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde e Estabelecimentos Prisionais.

---

#### 4.3. Delegado de Saúde Concelhio:

- a) Todos os passageiros que viagem do exterior para Região Autónoma dos Açores;
- b) Os utentes, provenientes da comunidade, a admitir nas Estruturas Residenciais para Idosos, Centros de Acolhimento, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde e Estabelecimentos Prisionais.
- c) Os colaboradores das Estruturas Residenciais para Idosos, Centros de Acolhimento, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Casas de Saúde e Estabelecimentos Prisionais.
- d) Profissionais de Equipa Técnica de Intervenção Precoce (ETIP).
- e) Todos os rastreios a definir pela Autoridade de Saúde Regional após parecer da Comissão Especial de Acompanhamento da Luta Contra a Pandemia por Covid-19.

No caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Misericórdias com valências de Estruturas Residenciais para Idosos, Lares Residenciais, Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Serviços de Apoio Domiciliário, a direção técnica ou o responsável máximo da instituição deverá remeter, com a antecedência de cinco (5) dias úteis antes do início de cada mês, as listagens dos profissionais a testar, à Equipa de Acompanhamento aos Planos de Contingência das IPSS, através do email [COVID19acompanhamentoipss@azores.gov.pt](mailto:COVID19acompanhamentoipss@azores.gov.pt), a qual, após análise, a remete ao Delegado de Saúde Concelhio para efeitos de validação e introdução na plataforma, com conhecimento à Autoridade de Saúde Regional, para o email [sres-drs@azores.gov.pt](mailto:sres-drs@azores.gov.pt). Da listagem deverá constar o nome completo, número de utente, contato de telemóvel próprio e número de identificação fiscal, assim como a(s) data(s) proposta(s) para rastreio e a data de realização do último rastreio (conforme ficheiro a disponibilizar).

É dever dos trabalhadores abrangidos pelo rastreio informar a respetiva entidade patronal do resultado do mesmo, logo que este seja conhecido.



---

## **5. Abordagem da Suspeita de Infecção por SARS-CoV-2**

A abordagem de um caso suspeito pode acontecer através de contacto não presencial (cenário A) ou de contacto presencial (Cenário B).

### **5.1. Cenário A – Contacto não presencial**

#### **5.1.1. Linha de Saúde Açores**

A validação do caso suspeito dos utentes que recorrem à LSA ou LEM é da responsabilidade da regulação médica do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA).

O doente deve contactar a LSA – 808 24 60 24 – devendo, no entanto, recorrer à Linha de Emergência Médica (112) em situações de perigo de vida.

Todos os utentes suspeitos de COVID-19 são registados na plataforma COVID-Açores pela LSA.

**a)** A avaliação da LSA, através dos Protocolos em vigor, permite o encaminhamento do utente suspeito de infecção por SARS-CoV-2 para uma das seguintes alternativas:

i. **Autocuidado**, e recomendação para permanência no domicílio para ser contactado, nomeadamente, pela Unidade de Colheitas para agendamento de teste e pelo médico da USI da área de residência ou onde está inscrito para avaliação sintomática. Caso o utente esteja fora da sua área de residência será contactado pelo médico da USI da área onde o utente permanece.

O operador da LSA deverá aditar o utente considerado “suspeito” à lista de espera da LSA do referido CS.

ii. **Avaliação clínica em ADR-SU/UBU.**

**b)** Todos os doentes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 são submetidos a **teste laboratorial para SARS-CoV-2** sendo o primeiro teste requisitado pelo MR após a validação do caso.

---

Os casos considerados “Contactos Próximos”, são orientados pela LSA, a permanecer no domicílio até serem contactados pelo DSC para avaliação de risco.

#### **5.1.2. Ativação do Serviço de Emergência Médica Regional**

- a) Se durante a triagem telefónica o enfermeiro da LSA identificar critérios de gravidade que requerem uma observação urgente por profissional diferenciado, para estabilização no local e transporte de ambulância para a unidade de saúde mais próxima, reencaminha a chamada para LEM do SRPCBA.
- b) A LEM realiza a triagem habitual para os pedidos de socorro 112 e regista na ocorrência, de forma clara e bem visível, que se trata de um caso suspeito de infeção por SARS-CoV-2, para que as equipas pré-hospitalares utilizem os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) apropriados.
- c) O médico regulador é informado da situação pelo enfermeiro que fez a triagem e informa a unidade de saúde de destino da chegada do doente.

#### **5.1.3. Ativação de transferência de utente em protocolo COVID:**

##### **a) Para Unidade Hoteleira, Alojamento Local ou outro;**

O SRPCBA garante, sempre que necessário, o transporte do utente em Protocolo COVID.

O pedido de transferência é desencadeado via LEM, através de nº. dedicado para o efeito, pelo Delegado de Saúde Concelhio, em caso de utente na comunidade, ou por profissional de saúde da US em caso de utente internado.

A LEM deverá salvaguardar um contacto prévio com a ADR-SU/UBU de destino a informar da ativação da viatura de transporte em Protocolo COVID.



---

Aquando da chegada, da viatura de transporte, ao local de destino, o tripulante de ambulância contacta o local de destino a informar da sua chegada e a questionar qual o local de entrada para o(s) utentes(s).

**b) Para avaliação médica presencial em ADR-SU/UBU**

O SRPCBA garante, sempre que necessário, o transporte do utente em Protocolo COVID.

O pedido de transferência é desencadeado via LEM, através de n.º. dedicado para o efeito, pela LSA, por profissional de saúde da equipa de acompanhamento clínico, outro profissional ou pelo caso positivo em contexto de cerca sanitária.

A LEM deverá salvaguardar um contacto prévio com a ADR-SU/UBU de destino a informar da ativação da viatura de transporte em Protocolo COVID.

Aquando da chegada, da viatura de transporte, ao local de destino, o tripulante de ambulância contacta o local de destino a informar da sua chegada e a questionar qual o local de entrada para o(s) utentes(s).

**c) Outras situações para avaliação médica presencial em ADR-SU/UBU com parecer favorável da Comissão Especial de Acompanhamento da Luta Contra a Pandemia por Covid-19.**

Deverá seguir os trâmites descritos na alínea anterior.

**5.2. Cenário B – Contacto presencial**

A validação do “caso suspeito” dos utentes que recorrem diretamente às unidades de saúde é garantida pelo médico da própria unidade de saúde em que se encontra o utente. Para tal, cada unidade de saúde deverá normalizar e instituir o procedimento específico para o efeito, bem como atualizar o seu Plano de Contingência para infeções emergentes.

---

Após validação do caso suspeito, este passa a ser designado “Caso suspeito validado”.

## **6. Vigilância Clínica e Isolamento do Domicílio**

### **6.1. Seguimento dos Contactos Próximos - Linha de Vigilância Ativa (LVA)**

Cada Unidade de Saúde de Ilha constituirá uma equipa de vigilância ativa, com a função de monitorizar os contactos próximos de alto risco, via telefone. A Linha de vigilância Ativa (LVA) é coordenada por um Delegado de Saúde Concelhio a ser nomeado por despacho do Diretor Regional da Saúde.

Os “contactos próximos” identificados pela LSA e que constam na PlataformaCOVID, são contactados pelo DSC que garante a estratificação do risco.

Um contacto classificado como tendo exposição **de alto risco** fica sujeito a determinação de isolamento profilático, no domicílio ou outro local definido a nível local pela Autoridade de Saúde Concelhia, até ao final do período de vigilância ativa efetuada pela Linha de Vigilância Ativa (LVA).

### **6.2. Seguimento dos casos positivos em Autocuidado – Equipa de Acompanhamento Clínico Domiciliário**

Cada Unidade de Saúde de Ilha constituirá uma equipa de acompanhamento de doentes COVID no Centro de Saúde da área de abrangência cujas funções estão plasmadas no Anexo 4.

Aos doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2 (COVID-19) e com indicação para permanecer no domicílio em autocuidado é determinado o confinamento obrigatório pela Autoridade de Saúde Concelhia e emitido o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT):



- 
- a)** É garantido o seguimento clínico pela equipa de acompanhamento clínico domiciliário.
- b)** A Autoridade de Saúde remete a notificação<sup>2</sup> de confinamento obrigatório ao visado.
- c)** O médico, da equipa de acompanhamento clínico domiciliário, que acompanha o caso emite o Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho.
- d)** Têm indicação para permanecer no domicílio, os doentes sem necessidade de internamento (Anexo 2) e que cumulativamente, cumpram as condições de:
- a. Habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (Anexo 2):
    - i. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
    - ii. Termómetro;
    - iii. Quarto separado ou cama individual para o doente;
    - iv. Uso de máscara cirúrgica pelo doente e coabitantes;
    - v. Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
    - vi. Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
    - vii. Cuidador que assegura medicação crónica do doente (de acordo com autonomia do doente);
    - viii. Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.
  - b. Todos os seguintes critérios (Anexo 2):
    - i. Idade inferior a 60 anos;
    - ii. Sintomas ligeiros como febre por período inferior a 3 dias, com boa resposta aos antipiréticos, e/ou tosse;

---

<sup>2</sup> Formulário de Confinamento Obrigatório – Anexo 6 da presente Circular Normativa.

- 
- iii. Ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;
  - iv. Ausência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas a risco de evolução para COVID-19 com gravidade.
- e) Os doentes com indicação para autocuidado no domicílio que não disponham de condições de habitabilidade e/ou exequibilidade de isolamento no domicílio (Anexo 2) são encaminhados para estruturas residenciais alternativas, a definir a nível regional ou local, em articulação intersectorial com as demais entidades regionais e locais.
- f) As equipas de Acompanhamento Domiciliário realizam a primeira avaliação telefónica no prazo máximo de 24 horas após a referenciação pelo DSC.
- g) Se indicado realizar novo **teste laboratorial para SARS-CoV-2**, este é requisitado pelo médico das Equipas de Acompanhamento Domiciliário, e sempre que necessário, em estreita articulação com o DSC. É realizado de forma a evitar deslocações excessivas.
- a. No domicílio, através de equipas selecionadas e qualificadas para o efeito (colheita de amostras biológicas do trato respiratório superior no domicílio);
  - b. Em sistema de drivethru, sempre com pré-agendamento,
  - c. Em último recurso, nos espaços dedicados para a colheita de amostras respiratórias do trato respiratório superior nas ADR-SU ou ADR-UBU, sempre com pré-agendamento (antes do utente ter alta).
- h) Após a realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2:
- De acordo com o ponto 8. da presente circular, se o resultado **for negativo**, os doentes seguem as recomendações



---

transmitidas pelas equipas de acompanhamento clínico domiciliário, em articulação com o DSC.

- Perante um resultado positivo, os doentes mantêm-se em vigilância clínica pelas Equipas de Acompanhamento Domiciliário, e isolamento no domicílio, nos termos do Anexo 4 da presente circular até serem estabelecidos os critérios de alta/fim do isolamento.

#### **6.2.1. Protocolo de vigilância e acompanhamento médico (Anexo 4)**

Deve ser feito um contacto telefónico inicial de admissão pela equipa de acompanhamento clínico domiciliário, no prazo de até 24 horas após referenciação efetuada pelo delegado de saúde concelhio, seguindo-se contactos de seguimento diários, até que sejam cumpridos os critérios de alta clínica e fim das medidas de isolamento.

Os registos diários ao longo de todo o acompanhamento são efetuados na Plataforma COVID Açores.

### **7. Avaliação Clínica nas US**

Os Conselhos de Administração dos Hospitais e das Unidades de Saúde de Ilha do SRS com SU/UBU devem garantir, por todos os meios necessários, cumprindo os princípios de equidade, qualidade e proximidade do SRS, a retoma da implementação de **Áreas Dedicadas a Doentes com Suspeita de Infecção Respiratória Aguda (ADR)**.

As ADR-Serviço de Urgência (ADR-SU) ou ADR-Unidade Básica de Urgência (ADR-UBU) são áreas **dedicadas exclusivamente à avaliação clínica de doentes com suspeita de infecção respiratória aguda e colheita de amostras para teste laboratorial para SARS-CoV-2, em contexto de urgência hospitalar**, que cumprem as condições definidas no Anexo 3 da presente circular normativa.

---

Assim deverá ser garantido:

**a) Nos Hospitais, EPER do SRS:**

- a. Uma ADR-SU.
- b. Enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19.

**b) Nas Unidades de Saúde de Ilha:**

- a. Uma ADR em cada Centro de Saúde com UBU, conforme a densidade populacional, a dispersão geográfica e a evolução epidemiológica Regional e Local de COVID-19. A Unidade de Saúde de Ilha com mais do que um centro de saúde, e de acordo com a sua gestão, poderá optar por implementar apenas uma ADR num dos seus centros de saúde.

As ADR devem estar bem identificadas, com sinalética apropriada e serem do conhecimento população, para garantir a efetiva separação dos doentes com suspeita e confirmação de infeção SARS-CoV-2 e outros doentes com infeções respiratórias agudas dos demais.

Todos os espaços de circulação, de doentes e profissionais da área do SU e da UBU, devem estar bem identificados, com sinalética apropriada, para garantir a separação dos circuitos dos doentes, ainda em processo de despiste de infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes.

Todos os doentes atendidos, no SU/UBU **só podem ser internados**, após realização de teste de rastreio SARS-CoV-2 e respetivo resultado. Para este efeito podem ser criadas enfermarias “tampão” onde os doentes são internados a aguardar o resultado do teste, sendo tratados como casos suspeitos até ao resultado negativo.

Nos utentes para internamento deverá, sempre que disponível, ser efetuado o teste rápido.



---

A todos os utentes que exijam evacuação aeroméfica devem ser colhidas amostras biológicas para despiste SARS-CoV-2 na Unidade de Saúde de origem.

Em caso de alteração da situação epidemiológica local e/ou regional, e mediante declaração do Autoridade de Saúde Regional a equipa de profissionais de saúde a trabalhar no SU e na UBU deve estar em dedicação exclusiva a esta função, não podendo acumular funções noutras áreas do hospital ou noutra instituição, salvo em situações consideradas de exceção e com parecer favorável do respetivo Conselho de Administração.

### **7.1. Avaliação Clínica na ADR-Serviço de Urgência**

São encaminhados para ADR-SU ou ADR-UBU os doentes que:

- a) São referenciados pela LSA/112 cf. 5.1 da presente circular normativa, a qual deve previamente informar a unidade de saúde sobre a receção do utente;
- b) Referenciados pela Equipa de Acompanhamento Domiciliário, a qual deve informar a unidade de saúde sobre a receção do utente e, em caso de necessidade de transporte, contactar a regulação médica para ativar o protocolo COVID;
- c) Recorram presencialmente ao SU/UBU e apresentem os sintomas descritos no ponto 2.1. da presente circular.

### **7.2. Encaminhamento após avaliação clínica (Anexo 2)**

**7.2.1.** Doentes com **indicação** para **alta do SU/UBU** e com vigilância clínica e isolamento em domicílio só deverão sair das instalações após serem garantidos os seguintes procedimentos:

- a) Colheita de amostra biológica para o teste laboratorial para SARS-CoV-2 na ADR;

- 
- b) Notificação na plataforma SINAVEmed (área Médicos), pela equipa da ADR-SU/UBU, ou equipa definida para o efeito;
  - c) Registo na Plataforma COVID Açores;

Os doentes que não apresentem qualquer critério de internamento (Anexo 2) e que, cumulativamente, cumpram as condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio, têm alta do serviço de urgência e **aguardam os resultados dos testes laboratoriais no domicílio ou alojamento alternativo.**

#### 7.2.2. Doentes com indicação **para internamento:**

- a) Colheita de amostra biológica para a teste laboratorial para SARS-CoV-2 na ADR-SU/UBU, e sua realização de acordo com a metodologia mais rápida disponível;
- b) Notificação na plataforma SINAVEmed (área Médicos), pela equipa da ADR-SU/UBU ou equipa definida para o efeito;
- c) Avaliação dos critérios para admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Anexo 2).

Para efeitos do disposto nos números anteriores são garantidas as ações constantes no Anexo 1 da presente circular.

### 7.3. Internamento

#### 7.3.1. Organização do internamento

- a) Doentes com teste laboratorial para SARS-CoV-2 **positivo são internados em:**
  - a. Enfermarias, (os utentes aguardam os resultados dos testes na ADR-SU/UBU ou em locais criados / selecionados para o efeito) ou;



- 
- b. UCI dedicadas a doentes com COVID-19 (os utentes realizam o teste laboratorial **de acordo com a metodologia mais rápida disponível** e são **referenciados o mais precocemente possível** às equipas de Medicina Intensiva, de acordo com os protocolos de atuação, e sem aguardar pelo resultado do teste laboratorial).
- b) Doentes com teste para SARS-CoV-2 negativo, mas com suspeita clínica de COVID-19 ou de infeção respiratória aguda:**
- a. Áreas intermédias, fisicamente separadas das ADR-SU/UBU, ou;
- b. Enfermarias ou UCI dedicadas a doentes com COVID-19, onde devem realizar novo teste laboratorial para SARS-CoV-2;
- c) Doentes com teste para SARS-CoV-2 negativo e sem suspeita clínica de COVID-19 ou de infeção respiratória aguda:**
- a. Enfermarias ou;
- b. UCI não-COVID-19.
- d) Para o efeito do disposto nos números anteriores:**
- a. São garantidas as ações constantes no Anexo 1 da presente circular normativa.
- b. Os Grupos Coordenadores Locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos (**GCL-PPCIRA**) devem ajustar os circuitos de forma a garantir:
- i. Nos SU/UBU, a efetiva separação dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes;
- ii. No internamento (enfermaria e/ou UCI), a efetiva separação dos doentes com COVID-19 face aos restantes, através da criação de coortes nos casos de coinfeção por SARS-CoV-2 e por outros vírus respiratórios, particularmente vírus da gripe.

### **7.3.2. Abordagem Terapêutica dos Doentes com COVID-19 em Regime de Internamento**

- a) O tratamento recomendado para os doentes internados com COVID-19 é:
- a. Tratamento sintomático e de suporte, tendo em consideração a situação clínica e as comorbilidades;
  - b. Implementação de scores de vigilância e monitorização clínica;
  - c. Oxigenoterapia para SatO<sub>2</sub> > 94% por dispositivos sem humificação;
  - d. Terapêutica broncodilatadora sem aerossolização;
  - e. Tromboprofilaxia com heparina de baixo peso molecular, exceto se contraindicada;
  - f. Terapêutica antivírica com Remdesivir, de acordo com os critérios da presente circular normativa e o procedimento, enquadrado no âmbito de um Programa de Acesso Precoce.
- b) A terapêutica com **Remdesivir** deve ser administrada o mais precocemente possível, nos **doentes internados que reúnam todos os seguintes critérios**:
- a. Confirmação laboratorial de SARS-CoV-2;
  - b. Pneumonia (confirmada em radiograma do tórax ou tomografia computadorizada);
  - c. Necessidade de oxigenoterapia suplementar por saturação de O<sub>2</sub> inferior a 94%<sup>3</sup>
  - d. Idade igual ou superior a 12 anos<sup>4</sup>;
  - e. Peso corporal igual ou superior a 40 Kg;

<sup>3</sup> Aferida por gasimetria arterial, ou equivalente (capilar) nos doentes pediátricos, em ar ambiente.

<sup>4</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 assistente considere benefício clínico face ao risco da sua administração<sup>1</sup>

- 
- c)** A administração de Remdesivir deve ser feita com precaução em doentes com<sup>5</sup>:
- a. Hipersensibilidade conhecida aos excipientes;
  - b. Valores de alanina aminotransferase (ALT) superiores a 5 vezes o limite superior do valor de referência (conforme unidades do laboratório local);
  - c. Taxa de filtração glomerular estimada inferior a 30 mL/minuto.
- d)** Para os doentes adultos e pediátricos com idade superior a 12 anos e peso corporal superior a 40 Kg, a administração endovenosa de Remdesivir é realizada de acordo com o seguinte esquema posológico:
- a. Dia 1 de tratamento: 200 mg, EV, durante 30 a 120 minutos;
  - b. Dias 2 a 5 de tratamento: 100 mg, EV, a cada 24 horas, durante 30 a 120 minutos.
  - c. O tratamento é de 5 dias, com possibilidade de extensão até um máximo de 10 dias, na ausência de melhoria clínica e considerado o risco-benefício.
- e)** Nos doentes propostos para terapêutica com Remdesivir realiza-se:
- a. Estimativa da taxa de filtração glomerular antes do início da terapêutica;
  - b. Avaliação das aminotransferases antes do início e diariamente, durante a terapêutica;
  - c. Implementação de plano de farmacovigilância que garanta uma monitorização rigorosa e reporte atempado de reações adversas medicamentosas.
- f)** A administração de Remdesivir deve ser descontinuada em doentes que desenvolvam:

<sup>5</sup> Consultar RCM do fármaco, disponível em [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vekluryepar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vekluryepar-product-information_pt.pdf)

- 
- a. Valores de ALT superiores a 5 vezes o limite superior do valor de referência (conforme unidades do laboratório local), podendo ser reiniciado quando o valor de ALT for inferior a 5 vezes o limite superior do valor de referência;
  - b. Elevação da ALT acompanhada por sinais ou sintomas de lesão hepática, aumento da bilirrubina conjugada, da fosfatase alcalina ou da relação normalizada internacional (INR).
- g) A administração de **Dexametasona**<sup>6</sup> nos doentes com infeção por SARS-CoV-2:**
- a. **Deve ser considerada** nos doentes adultos e pessoas, a partir dos 12 anos de idade e com peso superior ou igual a 40 kg, internados em fase de doença grave e crítica (Anexo 2), a partir do 7.º dia após o início dos sintomas, desde que assegurado o benefício face ao risco da sua administração.
  - b. **Não está recomendada** nos doentes com doença ligeira a moderada, particularmente em estádios precoces da doença (até ao 7º dia após o início dos sintomas), exceto se existir indicação por comorbilidades pré-existentes.
- h) A dose recomendada de Dexametasona em adultos e pessoas a partir dos 12 anos de idade é de 6 mg, uma vez por dia, até 10 dias, podendo ser administrada por via entérica ou administrada por injeção ou perfusão.**
- i) Nos doentes com COVID-19 grave em fase de recuperação, particularmente naqueles com internamento prolongado ou em UCI, deve ser garantido um plano de reabilitação respiratória, neuromuscular e osteoarticular.**

<sup>6</sup> A utilização de outros corticoides, nomeadamente a Metilprednisolona, pode ser considerada, sobretudo em idade pediátrica



---

#### **7.4. Critérios de Alta Hospitalar**

- a) Os doentes internados com COVID-19 podem ter **alta hospitalar** e manter a vigilância clínica e o isolamento no domicílio quando, de acordo com a avaliação clínica, apresentam cumulativamente:
- Evolução clínica favorável;
  - Apirexia mantida há pelo menos 3 dias, sem utilização de antipiréticos;
  - Ausência de insuficiência respiratória ou necessidade de oxigenoterapia;
  - Ausência de agravamento imagiológico;
  - Cumprimento dos critérios de habitabilidade exequibilidade do isolamento no domicílio, constantes no Anexo 2, ou possibilidade de encaminhamento para uma alternativa domiciliária definida a nível regional ou local.

#### **8. Critérios de Alta Clínica e Fim das Medidas de Isolamento**

- a) Os utentes cujos casos foram validados pela LSA, com sintomas suspeitos, mas sem link, são encaminhados para os Médicos de Família/Consulta aberta. Caso obtenham um resultado de teste negativo, porque não são doentes COVID nem contactos de alto risco é emitido um CIT por doença natural pelo médico que o avalia podendo ter alta de acordo com a avaliação médica. Preferencialmente a avaliação médica deverá ser por telemedicina.
- b) O fim das medidas de isolamento dos doentes **sintomáticos** com COVID-19 é determinado pelo cumprimento dos seguintes critérios, **sem necessidade de realização de teste** laboratorial para SARS-CoV-2, e de acordo com a gravidade clínica (Anexo 2):
- Doença ligeira ou moderada: 10 dias** desde o início dos sintomas, desde que:

- 
- i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante **3 dias** consecutivos, e;
    - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante **3 dias** consecutivos<sup>7</sup>;
  - b. **Doença grave ou crítica: 20 dias** desde o início dos sintomas, desde que:
    - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante **3 dias** consecutivos, e;
    - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante **3 dias** consecutivos<sup>8</sup>;
  - c. Situações de **imunodepressão grave**, independentemente da gravidade da doença, (Anexo 2): **20 dias** desde o início dos sintomas, desde que:
    - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante **3 dias** consecutivos, e;
    - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante **3 dias** consecutivos;
  - c) **Para os doentes com COVID-19 assintomática**, isto é, pessoas sem qualquer manifestação clínica de doença à data do diagnóstico laboratorial e até ao final do seguimento clínico, **o fim das medidas de isolamento é determinado 10 dias** após a realização do teste laboratorial que estabeleceu o diagnóstico de COVID-19, sem realização de novo teste.
  - d) **Para as situações seguintes, o fim das medidas de isolamento é determinado pelo cumprimento dos critérios definidos nos pontos anteriores, acrescido da obtenção de um teste laboratorial para SARS-**

<sup>7</sup> Excetuando anosmia, ageusia e disgeusia, que podem persistir durante semanas, não devendo ser avaliados na decisão de término de isolamento.

<sup>8</sup> Excetuando anosmia, ageusia e disgeusia, que podem persistir durante semanas, não devendo ser avaliados na decisão de término de isolamento.



---

**CoV-2 negativo**, realizado no momento em que os critérios definidos na alínea anterior são estabelecidos:

- a. Profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de elevada proximidade<sup>9</sup> a doentes vulneráveis (Anexo 2) que iniciam atividade laboral após o fim do isolamento;
  - b. Doentes que vão ser admitidos em ERPI, Lares Residenciais para Pessoas com Deficiência, UCCI, Casas de Saúde e Estabelecimento Prisionais;
  - c. Necessidade de transferência intra-hospitalar para áreas não-dedicadas a doentes COVID-19.
- e) Quando, nas situações indicadas na alínea anterior, o resultado do teste laboratorial para SARS-CoV-2 for positivo, o isolamento é mantido até completar 20 dias desde o início dos sintomas, determinando-se, nessa altura, o fim do isolamento, **sem necessidade de realização adicional** de teste laboratorial.
- f) **Nos 90 dias após o diagnóstico laboratorial** de infeção por SARS-CoV-2 **não deve ser realizado novo** teste laboratorial para diagnóstico de SARS-CoV-2 **exceto nas pessoas que desenvolvam** os sintomas descritos no n.º 2.1 da presente circular normativa e que:
- a. Simultaneamente:
    - i. Sejam contato de alto risco de um caso confirmado de COVID-19, nos últimos 14 dias;
    - ii. Não exista diagnóstico alternativo (incluindo outros vírus respiratórios) para o quadro clínico.
  - b. Apresentem situações clínicas de imunodepressão (Anexo 2).

---

<sup>9</sup> Entende-se por cuidados de elevada proximidade, a prestação de procedimentos como higiene pessoal, alimentação e cuidados que impliquem um contacto físico direto a uma distância inferior a 2 metros e durante 15 minutos ou mais.

---

## 9. Notificação e Investigação Epidemiológica

### 9.1. Notificação

O profissional responsável pelo atendimento do caso, identifica os acompanhantes do doente e contactos próximos (da unidade de saúde, incluindo profissionais e outros doentes), cuja lista fornecerá ao delegado de saúde concelhio, logo que possível.

### 9.2. Investigação Epidemiológica

A investigação epidemiológica é iniciada a todos os doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2, nas primeiras 12 horas após o resultado do teste laboratorial ser registado na plataforma SINAVElab, e na Plataforma COVID Açores para rastreio de contactos, nos termos da presente circular.

Aos delegados de saúde caberá obter e comunicar ao utente diagnosticado com COVID-19 o código de legitimação pseudoaleatório que, após inserção voluntária no STAYAWAY COVID, determinará a emissão de um alerta a outros utilizadores com quem o mesmo tenha contactado.

#### a) Identificação e Contactos

- a. O Delegado de Saúde Concelhio é notificado, por SMS e por email, via plataforma COVID Açores, da existência de um caso positivo no seu concelho, iniciando a investigação epidemiológica o mais precocemente possível.
- b. Os procedimentos de investigação epidemiológica, em particular o rastreio de contactos, devem ser realizados o mais precocemente possível, preferencialmente nas 12 horas seguintes à identificação do caso, e independentemente da forma como se tomou conhecimento da existência do caso de COVID-19.
- c. **Nas ilhas sem transmissão comunitária ativa**, devem ser considerados todos os contactos de alto risco **nos últimos 14 dias** antes do início de sintomas ou da data de colheita da análise

---

laboratorial positiva. Na ilha de São Miguel, onde se verifica existência de **transmissão comunitária**, são investigados todos os contactos de alto risco nos últimos 2 dias antes do início de sintomas ou da data de colheita da análise laboratorial positiva.

- d. Devem ser igualmente investigadas todas as pessoas que tenham sido consideradas como eventuais “contactos” pela LSA, ou por outros profissionais de saúde, e inseridas, como tal, na plataforma COVID Açores (em “vigilância ativa” até à avaliação pela Autoridade de Saúde).
- e. Se durante o rastreio de contactos, identificar um contacto de alto risco que não se encontre na RAA, o Delegado de Saúde Concelhio deve informar o Centro de Emergências em Saúde Pública da DGS ([cesp@dgs.min-saude.pt](mailto:cesp@dgs.min-saude.pt)) ou, caso esteja fora do país, a autoridade de saúde do respetivo destino, para partilha, sempre que necessário e de acordo com a legislação aplicável, da informação relevante. Deverão paralelamente informar, via email, o Presidente da Comissão Especial de Acompanhamento da Luta Contra a Pandemia por Covid-19 ([gustavo.ta.borges@azores.gov.pt](mailto:gustavo.ta.borges@azores.gov.pt)) com o conhecimento aos Vogais ([helder.fm.rodrigues@azores.gov.pt](mailto:helder.fm.rodrigues@azores.gov.pt) e [dario.p.rocha@azores.gov.pt](mailto:dario.p.rocha@azores.gov.pt)) e à Diretora de Serviços de Prestação de Cuidados em Saúde da DRS Ana Madruga ([ana.mm.madruga@azores.gov.pt](mailto:ana.mm.madruga@azores.gov.pt))
- f. Todos os contactos devem ser informados, pela Autoridade de Saúde Concelhia, das medidas a adotar, de acordo com a avaliação de risco e a presente circular normativa.
- b) O Delegado de Saúde Concelhio, em articulação com a Coordenação Regional de Saúde Pública, é o gestor de contactos e:**
- Procede de imediato, à identificação de contactos próximos;
  - Preenche a lista de contactos na plataforma SINAVEmed no menu “lista de expostos/contactos”;

- 
- c. Procede à atualização da lista de contactos inicialmente identificados, se vier a ser confirmada uma infeção por SARS-CoV-2;
  - d. O rastreio exaustivo de contactos deve ser efetuado para todos os contactos desde as 48 horas antes da data de início de sintomas do caso de COVID-19 sintomático ou da data da colheita do produto biológico do teste laboratorial do caso de COVID-19 assintomático.

## 10. Vigilância e Controlo de Contactos Próximos

A estratificação do risco e a respetiva atribuição é da responsabilidade da Autoridade de Saúde Concelhia. De acordo com os critérios (Anexo 5) é determinado se é a pessoa é considerada contacto próximos de alto risco ou de baixo risco em relação ao caso positivo.

### 10.1. Contactos próximos de alto risco

- a) Um contacto classificado como tendo exposição **de alto risco** fica sujeito a determinação de isolamento profilático, no domicílio ou outro local definido a nível local pela Autoridade de Saúde, até ao final do período de vigilância ativa pelos profissionais da Linha de Vigilância Ativa (LVA).
- b) A Autoridade de Saúde remete a notificação<sup>10</sup> de isolamento profilático ao visado, documento esse que substitui o documento justificativo de ausência ao trabalho.
- c) O isolamento profilático tem a duração de 14 dias.

**10.1.1.** Um contacto classificado como tendo exposição **de alto risco** fica sujeito a:

- a) Vigilância ativa durante 14 dias, desde a data da última exposição. Se em qualquer altura apresentar resultado positivo é decretado confinamento obrigatório pela autoridade de saúde e emitido

---

<sup>10</sup> Formulário de Notificação de Isolamento Profilático – Anexo 7 da presente Circular Normativa.

---

Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho que é da responsabilidade do médico, que acompanha o caso;

- b)** No caso de sintomatologia compatível com COVID-19, no decorrer do período de isolamento profilático deve passar para “caso suspeito” e dar-se início aos procedimentos para “caso suspeito”;
- c)** Nos contactos de alto risco é determinada a realização de teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR), de acordo com a avaliação do risco pelas Autoridades de Saúde, especialmente nas situações de surtos/clusters <sup>11</sup> e em pessoas com exposição prolongada ao caso (como, por exemplo, coabitantes), sobretudo, em espaços fechados e pouco ventilados.

Nas situações indicadas na alínea anterior, o Teste Molecular de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN) para contactos de alto risco deve efetivar-se entre o 7º- 8º dia após a última exposição de risco ou no momento da identificação do contacto em situação de exposição mantida e continuada ao caso confirmado ou de acordo com a avaliação de risco efetuada pelas Autoridades de Saúde. Se:

- a)** Resultado positivo: seguir os procedimentos para casos positivos.
- b)** Resultado negativo: mantém-se a vigilância ativa e o isolamento profilático.

Relativamente aos contactos de baixo risco **não há lugar a qualquer teste**, mas sim a autovigilância durante 14 dias, desde a data da última exposição.

**10.1.2.** O contacto de alto risco deve ser informado das seguintes medidas a adotar durante o período de vigilância ativa:

- Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19;
- Avaliar e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;

---

<sup>11</sup> Surto: é uma situação de doença com uma incidência superior à esperada numa região, comunidade ou local bem definido; Cluster (Aglomerado): é um agregado de casos com relação espacial e/ou temporal, percecionado como superior ao esperado pelo acaso (adaptado de: *Dictionary of Epidemiology, 6th Edition Edited by Miquel Porta. Oxford University Press, New York, New York*).

- 
- Estar contactável;
  - Implementar rigorosamente as medidas de higiene das mãos e etiqueta respiratória;
  - Estar em isolamento profilático, no domicílio ou outro local designado para o efeito, e em cumprimento das regras e medidas à data;
  - Contactar, preferencialmente, a Autoridade de Saúde responsável pela vigilância ativa (através do número telefónico fornecido por esta ao utente, no primeiro contacto) e a LSA se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.

#### **10.2. Contactos próximos de baixo risco**

**10.2.1.** Um contacto classificado como tendo exposição de **baixo risco** fica sujeito a:

- Vigilância passiva durante 14 dias, desde a data da última exposição, não cumprindo isolamento profilático, mas devendo respeitar as normas de etiqueta respiratória e regras de higienização das mãos e utilização de máscara;

**10.2.2.** O contacto de baixo risco deve ser informado das seguintes medidas a adotar durante o período de vigilância passiva:

- a) Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19;
- b) Avaliar e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
- c) Implementar rigorosamente as medidas de distanciamento, higiene das mãos e etiqueta respiratória e a utilização de máscara.
- d) Não frequentar locais com aglomerações de pessoas, mantendo a atividade laboral e assegurando o cumprimento da alínea anterior;
- e) Autoisolar-se e contactar LSA se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.



---

### **10.3. Contatos próximos de casos positivos com suspeita ou confirmação das novas variantes de preocupação (VOC)**

Sempre que for detetado um caso positivo com suspeita ou confirmação de uma nova variante de preocupação (VOC), de acordo com a definição atualizada do ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en>)<sup>12</sup>, e considerando que o período de incubação destas VOC's é inferior à estirpe original, deverão ser rastreados, todos os contactos de alto e baixo risco associados a este caso, bem como os contactos de 2ª linha, sempre que possível.

#### **10.3.1. Contacto classificado como Alto Risco**

Acresce às medidas previstas no 10.1 da presente circular a realização de teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR), no 1º dia após a última exposição de risco ou no momento da identificação do contacto.

#### **10.3.2. Contacto classificado como Baixo Risco**

- a) É determinada a realização de teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR), no 1º dia e entre o 7º-8º dia após a última exposição de risco ou no momento da identificação do contacto. Se o resultado do teste realizado entre o 7º-8º dia for **negativo**, deverá manter-se apenas a autovigilância;
- b) Vigilância ativa com isolamento profilático durante 7 dias, desde a data da última exposição. Se em qualquer altura apresentar resultado positivo é decretado confinamento obrigatório pela autoridade de saúde;
- c) No caso de sintomatologia compatível com COVID-19, no decorrer do período de isolamento profilático deve passar para "caso suspeito" e dar-se início aos procedimentos para "caso suspeito".

---

<sup>12</sup> B.1.1.7 (UK, Reino Unido), B.1.351 (África do Sul) e B.1.1.28.1 (Brasil) (18/03/2021)

---

### 10.3.3. Contacto classificado como **Segunda (2ª) Linha**

- a) É determinada a realização de teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR), no 1º dia após o contacto ou no momento da identificação do contacto;
- b) Vigilância ativa com isolamento profilático até ao conhecimento do resultado laboratorial do contacto de primeira linha que motiva esta vigilância. Se for negativo, o contacto de segunda linha tem alta. Se for positivo, o contacto de segunda linha cumpre com os pressupostos descritos no ponto 10.3;
- c) Se em qualquer altura apresentar resultado positivo é decretado confinamento obrigatório pela autoridade de saúde. No caso de sintomatologia compatível com COVID-19 deve passar para “caso suspeito” e dar-se início aos procedimentos para “caso suspeito”.

## 11. Equipa de colheitas (UC)

A realização das colheitas para teste laboratorial para SARS- CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior), são asseguradas:

- a) Pela unidade de saúde, na qual o utente está internado ou está a ser observado;
- b) Pelas Unidades de Saúde de Ilha – aos utentes que estão no domicílio ou nos casos de eventuais rastreios à comunidade.

### 11.1. Local de realização das colheitas

As colheitas efetuadas pelas Unidades de Saúde de Ilha podem ser realizadas no domicílio ou no centro de rastreio, de acordo com a avaliação da Unidade de Saúde de Ilha. Para o efeito garantem:

- a) O contacto com o doente, via telefone ou por mensagem telefónica, a confirmar o agendamento do teste laboratorial. Caso o utente não atenda à chamada de convocatória o elemento da UC deverá insistir

---

nos três (3) dias subsequentes à data prevista para a realização do teste.

- b) A colheita das amostras no prazo máximo de 48 horas;
- c) O envio das amostras para o laboratório de referência;

Tratando-se de “caso suspeito” o médico da equipa de colheitas procede à notificação no SINAVE (área médicos), através de *webservice*.

## **12. Laboratórios de referência**

Os laboratórios de referência Regional para o diagnóstico molecular por PCR do SARS-CoV-2 são os seguintes:

- a) Unidade de Genética e Patologia Moleculares (UGPM) do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER
- b) Serviço Especializado de Epidemiologia e Biologia Molecular (SEEBMO) do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER.

Os laboratórios asseguram a realização das análises e garantem, que na plataforma COVID-Açores, constam os resultados das análises e asseguram a notificação na plataforma SINAVE (área laboratórios), através de *webservice* ou do *Clinidata®*.

A RRA contratualizou com outros laboratórios na Região para a realização de testes pela metodologia RT-PCR para a deteção do vírus SARS-CoV-2, no qual pode aceder à listagem de Laboratórios e Postos de colheita convencionados através do link: [https://destinoseguro.azores.gov.pt/?page\\_id=8824](https://destinoseguro.azores.gov.pt/?page_id=8824), sendo os mesmos já referenciados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

## **13. Comunicação dos resultados**

Todos os resultados são inseridos na plataforma COVID-Açores.

Os resultados “Negativos” são, também, comunicados aos respetivos utentes ou cuidador (se aplicável) através de SMS e/ou email.

---

Os casos sem associação de número de telemóvel e sem correio eletrónico são inseridos na referida plataforma e reportados ao Delegado de Saúde Concelhio ou ao Diretor Clínico da instituição responsável pelo seguimento do utente, que ficam responsáveis por informar o utente.

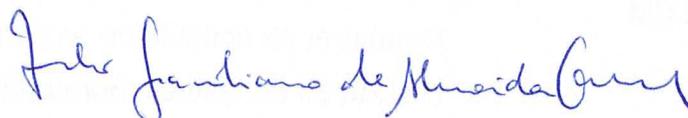
Os **resultados positivos** são comunicados, via SMS, ao Delegado de Saúde Concelhio e ao Diretor Clínico da instituição responsável pelo seguimento do utente, que deverá comunicar ao utente o respetivo resultado.

Sempre que as evoluções epidemiológicas e científicas demonstrem a necessidade de implementação de novas medidas a presente circular será atualizada.

Esta circular atualiza a Circular Normativa n.º 39B, de 04 de agosto e revoga as Circulares Normativas n.º 25, de 07 de abril e Circular Normativa n.º 47, de 12 de novembro de 2020, cujos conteúdos foram atualizados e vertidos na presente circular.

Esta circular atualiza a Circular Normativa n.º 39C, de 12 de janeiro e revoga as Circulares Normativas n.º 39B, de 04 de agosto, a Circular Normativa n.º 25, de 07 de abril e Circular Normativa n.º 47, de 12 de novembro de 2020, cujos conteúdos foram atualizados e vertidos na presente circular.

O Diretor Regional



Berto Graciliano de Almeida Cabral



**ANEXO I**

**Atividades a desenvolver pelas entidades competentes pela  
operacionalização da presente circular normativa**

Entidade(s)	Medidas e Ações
<b>LSA</b>	<p>Encaminhamento clínico e aconselhamento de acordo com os algoritmos validados pela Direção Regional da Saúde; Integração dos casos suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 com indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio na plataforma COVID Açores.</p> <p>Manter em pronta resposta a funcionalidade de requisição de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 para ativação imediata (24 horas) no caso de, futuramente, ser necessário.</p>
<b>LEM</b>	<p>Proceder à triagem, aconselhamento e encaminhamento para a LSA ou ADR-SU ou ADR-UBU nos termos da presente circular.</p> <p>Garantir a assistência médica pré-hospitalar dos doentes cuja situação clínica seja grave ou crítica;</p> <p>Colaborar na colheita de amostras biológicas para a realização de testes laboratoriais para SARS-CoV2, através do transporte da equipa de colheitas;</p> <p>Colaborar no transporte secundário dos doentes críticos.</p>

	<p>Colaborar no transporte secundário dos doentes assintomáticos em protocolo COVID.</p>
<p><b>DRS em articulação intersectorial com os parceiros regionais e locais</b></p>	<p>Garantir o acompanhamento da situação epidemiológica da RAA;</p> <p>Emanar as orientações técnicas e recomendações;</p> <p>Prestar apoio, através do Grupo Técnico COVID, às autoridades de saúde concelhias, US do SRS, Linhas de apoio, parceiros e utentes.</p> <p>Definir e garantir a pronta resposta para a eventual instalação de hospitais de campanha e/ou de estruturas residenciais (para onde devem ser encaminhados os doentes com indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio sem condições de habitabilidade e/ou exequibilidade do isolamento no seu domicílio);</p> <p>Considerar eventual instalação de ADR para ativação imediata quando necessário.</p> <p>Verificar o cumprimento das medidas e ações atribuídas aos laboratórios, especialmente do setor convencionado.</p> <p>Assegurar stocks de materiais, equipamentos e medicamentos para o SRS.</p>

<p><b>Unidades de Saúde do SRS (USI e Hospitais, EPER)</b></p>	<p>Implementar a rede de ADR-SU e ADR-UBU (Anexo 3), com um número e dimensão ajustado aos indicadores demográficos, epidemiológicos e de utilização dos serviços de saúde de cada local;</p> <p>Garantir que a rede de ADR incluiu um circuito/área dedicada para a colheita de amostras biológicas do trato respiratório superior quer para os doentes observados presencialmente na ADR-SU quer para doentes com indicação para vigilância clínica e isolamento no domicílio;</p>
<p><b>USI</b></p>	<p>Reorganização das equipas de acompanhamento domiciliário de forma a garantir a atividade assistencial COVID-19 e não-COVID-19;</p> <p>Disponibilização dos meios telemáticos necessários às equipas de saúde das e USI para o acompanhamento remoto dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>Informação aos cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR, que devem estar bem sinalizadas, por forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes.</p> <p>Garantir a disponibilização de equipa de colheitas.</p> <p>Garantir a disponibilização de enfermeiros para a vacinação à população.</p>

<p><b>Hospitais</b></p>	<p>Implementar um ADR-SU (Anexo 3), ajustado aos indicadores demográficos, epidemiológicos e de utilização dos serviços de saúde;</p> <p>Garantir a efetiva separação dos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 face aos restantes e implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas;</p> <p>Informar os cidadãos relativamente aos locais onde estão instaladas as ADR-SU, que devem estar bem sinalizadas, por forma a garantir a efetiva separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes;</p> <p>Criar enfermarias e unidades de cuidados intensivos (UCI) para internamento em coorte de doentes com COVID-19, com dimensão adequada à densidade populacional e evolução epidemiológica regional e local;</p> <p>Garantir resposta às pessoas identificadas com história de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes ou história de reação anafilática a uma dose anterior de uma vacina contra a COVID-19 referenciadas pelas USI's, com carácter prioritário.</p>
<p><b>Laboratórios (da Rede da RAA e convencionados)</b></p>	<p>Garantir a disponibilização dos resultados dos testes laboratoriais até 24 horas após a sua realização, na ilha Terceira e S. Miguel e de até 48 horas nas</p>



	<p>demais ilhas tendo em conta a necessidade de transporte aéreo.</p> <p>Notificar todos os resultados de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 na plataforma SINAVE/lab (área laboratórios) e inserção dos mesmos na Plataforma COVID Açores.</p>
<p><b>Delegações de Saúde Concelhias</b></p>	<p>Notificar os casos suspeitos na plataforma SINAVEmed (área médicos) no prazo máximo de 24 horas;</p> <p>Determinar o confinamento obrigatório aos casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2;</p> <p>Determinar o isolamento profilático aos contactos próximos de casos positivos de COVID-19;</p> <p>Realizar o inquérito epidemiológico, rastreio de contactos e a implementação das medidas de Saúde Pública adequadas,</p> <p>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>
<p><b>Equipa de Acompanhamento clínico domiciliário</b></p>	<p>Realizar a vigilância clínica dos casos positivos com indicação isolamento no domicílio de acordo com o Anexo 4 da presente Circular.</p>

---

## ANEXO 2

### Adequação da prestação de cuidados aos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2

1. Todos os **doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2** devem ser avaliados quanto a:

Gravidade da apresentação clínica
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Doença ligeira:</b> sintomas ligeiros sem evidência de pneumonia ou hipoxemia;</li><li>2. <b>Doença moderada:</b> pneumonia (febre, tosse, dispneia, taquipneia<sup>13</sup>) mas com saturação periférica de O<sub>2</sub> ≥ 90% em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;</li><li>3. <b>Doença grave:</b> pneumonia e, pelo menos, um dos seguintes critérios<sup>14</sup>:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Taquipneia superior a 30 ciclos por minuto;</li><li>b. Dificuldade respiratória;</li><li>c. SpO<sub>2</sub> inferior a 90% em ar ambiente;</li><li>d. Instabilidade hemodinâmica;</li></ol></li><li>4. <b>Doença crítica:</b> síndrome de dificuldade respiratória aguda com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>&lt;100 ou choque séptico.</li></ol>

<sup>13</sup> No caso de crianças, avaliar sinais de dificuldade respiratória como tiragem subcostal, supraesternal e intercostal, adejo nasal e taquipneia (definida em ciclos/minuto, conforme a idade em: < 2 meses: ≥ 60 cpm; 2–11 meses: ≥ 50 cpm; 1–5 anos: ≥ 40 cpm);

<sup>14</sup> Em crianças avaliar ainda existência de gemido, tiragem, cianose central, incapacidade para aleitamento ou hidratação, letargia, alteração do estado de consciência ou movimentos involuntários.



**Condições associadas a evolução para COVID-19 grave**

1. Idade superior a 60 anos;
2. Doença crónica: DPOC, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, cirrose hepática, doença renal crónica em hemodiálise, drepanocitose; Obesidade;
3. Neoplasia maligna ativa, particularmente sob quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia/terapêutica biológica;
4. 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, por mais de 14 dias;
  - d. Infecção por VIH sem tratamento e com contagem TCD4<sup>+</sup> inferior a 200 células/mm;
  - e. Imunodeficiência primária (síndrome de imunodeficiência combinada grave, agamaglobulinemia ligada X, deficiência do recetor de interferão e síndrome de hiper-IgE).

**Condições de habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio:**

1. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
2. Termómetro;
3. Quarto separado ou cama individual para o doente;
4. Uso de máscara cirúrgica pelo doente e coabitantes;
5. Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
6. Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
7. Cuidador que assegura medicação crónica do doente (de acordo com autonomia do doente);
8. Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.

2. De acordo com a avaliação dos três parâmetros indicados no ponto anterior do presente Anexo, **os doentes com suspeita 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 COVID-19 grave	Exequibilidade de isolamento	Avaliação clínica inicial	Seguimento clínico
Ligeira	Não	Sim	Não	Vigilância clínica e isolamento no domicílio, através da Plataforma COVID Açores
		Não	Não	Vigilância clínica e isolamento em estruturas residenciais, através da plataforma COVID Açores
	Idade > 60 anos Obesidade Doença crónica não descompensada	-	ADR-UBU	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento
	Doença crónica descompensada Doença renal crónica em hemodiálise Neoplasia maligna ativa Imunossupressão grave	-	ADR-SU ou em alternativa ADR-UBU	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento
Moderada	-	-	ADR-UBU	De acordo com avaliação clínica e critérios de internamento
Grave	-	-	ADR-SU ou em alternativa ADR-UBU com evacuação	<b>Internamento Hospitalar</b>

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 com mais de 48h ou reaparecimento de febre 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  $\geq 30$ cpm;
- b.  $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ ;
- c. Pneumonia com envolvimento multilobar;
- d. Alteração do estado de consciência;
- e. Ureia  $\geq 42$ mg/dL (BUN  $\geq 20$ mg/dL);
- f. Leucopénia ( $< 4000/mm^3$ ), na ausência de outra causa;
- g. Trombocitopénia ( $< 100000/mm^3$ ), na ausência de outra causa;
- h. Hipotermia ( $< 35^\circ C$ );
- i. Hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva.

### **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)**

<b>Características<sup>15,16</sup></b>	<b>ADR-SU / Serviços de Urgência</b>
<b>Físicas</b>	<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>
<b>Sinalética</b>	<p>Sinalização de área reservada a COVID-19, de precauções básicas de controlo de infeção e de risco biológico.</p>

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

16 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.

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	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 Peróxido de Hidrogénio acelerado 35%; Dicloroisocanurato de Sódio; Álcool 70%; Kit de colheita de amostras para teste molecular de SARS-CoV-2.
	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.

---

## **ANEXO 4**

### **Protocolo para seguimento dos doentes com indicação para vigilância clínica em domicílio**

#### **A. Avaliação inicial**

A avaliação clínica dos doentes com indicação para confinamento obrigatório é assegurada pela equipa de acompanhamento clínico domiciliário, de acordo com o presente protocolo, salvaguardando a dinâmica organizacional de cada unidade de saúde.

1. Contacto telefónico de admissão:

As equipas de Acompanhamento Domiciliário realizam a primeira avaliação telefónica no prazo máximo de 24 horas após a referenciação pelo DSC e é realizada.

2. Esta avaliação inclui a:

- a) Avaliação clínica pós validação da suspeita de COVID-19;
- b) Confirmar se efetivamente o doente tem cumulativamente as condições de:
  - a. Habitabilidade e exequibilidade do isolamento no domicílio (anexo 2):
    - i. Telefone/Telemóvel facilmente acessível;
    - ii. Termómetro;
    - iii. Quarto separado ou cama individual para o doente;
    - iv. Uso de máscara cirúrgica pelo doente e coabitantes;
    - v. Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;

- 
- vi. Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
  - vii. Cuidador que assegura medicação crónica do doente (de acordo com autonomia do doente);
  - viii. Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.
- b. Todos os seguintes critérios (Anexo 2):
- i. Idade inferior a 60 anos;
  - ii. Sintomas ligeiros como febre por período inferior a 3 dias, com boa resposta aos antipiréticos, e/ou tosse;
  - iii. Ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos ou diarreia persistentes, ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica;
  - iv. Ausência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas a risco de evolução para COVID-19 com gravidade.
- c) Caso não disponham de todos os critérios expostos na alínea b) e (Anexo 2) são encaminhados para estruturas residenciais alternativas, a definir a nível regional ou local, em articulação intersectorial com as demais Entidades regionais e locais.
- d) Exclusão de critérios para avaliação em ADR-SU, 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. Comorbilidades indicadas no Anexo 1.

- e) Confirmação 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 necessidade de utilização de máscara cirúrgica nas deslocações (que devem ser evitadas ao máximo possível) para a realização do teste laboratorial;
- f) 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, a LSA e em caso de situação de emergência o 112.
- h) Esclarecimento de dúvidas colocadas pelos doentes, incluindo sobre o CIT;
- i) Articulação com as Autoridades de Saúde. Caso o doente não esteja a cumprir o confinamento no domicílio deve ser contactada a Autoridade de Saúde.
- j) Sempre que for considerado clinicamente adequado pode ser programada uma teleconsulta, ou orientado para observação em ADR-UBU ou ADR-SU.
- k) A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada no domicílio, pelas Farmácias Comunitárias, ou através das respostas organizadas a nível local. Para tal as US devem encetar esforços, no sentido de estabelecer acordos com as demais farmácias afim de auscultar quais as que conseguem garantir a entrega dos medicamentos no domicílio, em que o pagamento seja efetuado, de modo a não haver troca de dinheiro.
- l) Durante o seguimento até à alta clínica o acompanhamento clínico é assegurado por Enfermeiro ou Médico, da equipa de saúde da USI, cumprindo as alíneas do ponto 2 do presente anexo:

- 
- a. Através de autoreporte diário, por parte do doente ou familiar cuidador ao profissional de saúde quando na primeira avaliação telefónica o médico considerar que estão reunidas as condições de qualidade e segurança desta modalidade de seguimento, nomeadamente:
- i. Doentes com COVID-19 assintomática;
  - ii. Estabilidade clínica definida pela presença exclusiva de sintomas ligeiros e ausência de sintomas sugestivos de agravamento clínico, ou qualquer critério de referenciação à ADR-SU, nos termos da alínea do ponto 2 do presente anexo;
- b. Através de avaliação telefónica bi-diária nas restantes situações.
3. Se indicado, realizar novo teste laboratorial para SARS-CoV-2. Este é requisitado pelo médico das Equipas de Acompanhamento Clínico Domiciliário, e sempre que necessário, em estreita articulação com o DSC.
- a) As requisições do teste laboratorial para SARS-CoV-2, nos casos com indicação para tal são efetuadas na Plataforma COVID Açores;
  - b) Notificação do caso de suspeita de infeção na plataforma SINAVEmed (área Médicos);
  - c) Por forma a evitar deslocações excessivas, a colheita é realizada:
    - a. No domicílio, através de equipas selecionadas e qualificadas para o efeito (colheita de amostras biológicas do trato respiratório superior);
    - b. Em sistema de *drivethru*, sempre com pré-agendamento,
    - c. Nos espaços dedicados para a colheita de amostras respiratórias do trato respiratório superior nas ADR-SU ou ADR-UBU, sempre com pré-agendamento (antes do utente ter alta).
  - d) Após a realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2:
    - a. De acordo com o ponto 8. da presente circular, se o resultado **for negativo**, os doentes seguem as recomendações dadas pelas



---

equipas de acompanhamento clínico domiciliário, em articulação com o DSC, cessando a gestão na plataforma-COVID-Açores;

- b. Perante um resultado positivo, os doentes mantêm-se em vigilância clínica pelas Equipas de Acompanhamento Domiciliário, nos termos do Anexo 4 da presente Circular até serem estabelecidos os critérios de alta / fim do confinamento obrigatório.
- e) A equipa de acompanhamento clínico domiciliário garante, por via telefónica, para além da primeira avaliação, a realização de um contacto para a comunicação do resultado do teste e da alta.
- f) O médico da referida equipa pode emitir uma declaração de alta clínica, na qual deverá registar e datar os resultados de todos os testes realizados.
- g) O médico da equipa deve ainda reportar ao DSC, que por sua vez deve reportar à DRS e proceder à alteração do estado do utente na plataforma COVID Açores para “caso recuperado”.

## **B. CONTACTO TELEFÓNICO DE SEGUIMENTO**

- a) Averiguar o cumprimento das medidas de confinamento (através do telefone fixo)
- b) Registar temperatura (no momento da chamada)
- c) Verificar sintomas e sua evolução.
  - a. Febre, tosse, dispneia (sobe escadas? caminha pelas divisões da casa?), cefaleias, astenia, mialgias, rinorreia, odinofagia, anósmia, toracalgia, náuseas/vómitos.
- d) Aconselhar terapêutica sintomática ou de suporte, se necessário:
  - a. Medidas não farmacológicas
    - i. Repouso
    - ii. Hidratação
  - b. Medidas farmacológicas
    - i. Paracetamol 1000mg 8/8 horas

---

ii. Metamizol magnésico 575 mg 8/8 horas

- e) Esclarecer dúvidas colocadas pelo doente/cuidador;
- f) Confirmar se é preciso prescrever terapêutica crónica para ser entregue por via eletrónica;
- g) Reforçar a informação que, em caso de agravamento, deve contactar a LSA (808246024) ou o 112, garantindo que o utente/cuidador possui todos os contactos;
- h) Encaminhar para outros elementos da equipa multidisciplinar sempre que identificada a necessidade de acompanhamento.
- i) Agendar nova avaliação telefónica para aproximadamente 12 horas depois.

**C- REGISTO DA CHAMADA**

A plataforma COVID Açores gera diariamente uma chamada. Deve abrir-se o formulário ali constante, proceder-se ao preenchimento da informação colhida e submeter-se no “Dar resposta”, de modo a que a informação fique registada.

**D- Instruções para o profissional de saúde que realiza a visita domiciliária**

No âmbito do acompanhamento clínico não presencial, poderá identificar-se a necessidade de realizar uma visita domiciliária, a fim de efetuar uma avaliação mais rigorosa da sua situação, através da observação, monitorização de sinais vitais, visando o adequado controlo sintomático. Este acompanhamento poderá estar diretamente relacionado com a infeção por SARS-CoV-2, mas, por outro lado, poderá o doente encontrar-se clinicamente estável ou mesmo assintomático e sofrer uma intercorrência no seu estado de saúde por outro motivo, por exemplo, por acidente doméstico, que requeira uma intervenção para tratamento.

Assim, numa perspetiva clínica, o acompanhamento da pessoa com diagnóstico confirmado de COVID-19, no domicílio, irá depender das necessidades de saúde identificadas, cabendo à equipa de multidisciplinar de saúde envolvida ajuizar sobre

---

o plano terapêutico mais adequado à situação, conforme é prática em todas as situações de acompanhamento domiciliário dos utentes.

No contexto do atual, acrescem, à decisão e intervenção clínica, os cuidados relacionados com a propagação do vírus SARS-CoV-2, salvaguardando-se o papel específico de cada interveniente na quebra das cadeias de transmissão. Neste sentido:

- a) Previamente à realização de visita domiciliária, a equipa responsável deve realizar contacto telefónico prévio com o utente/cuidador para:
  - a. Informar da realização de visita domiciliária, explicar motivo e possíveis implicações (internamento);
  - b. Orientar o utente para colaborar e preparar as condições necessárias a uma segura e adequada avaliação;
  - c. Explicar os procedimentos que serão realizados durante a avaliação clínica;
  - d. Proceder aos esclarecimentos necessários.
- b) Depois da visita domiciliária, os profissionais de saúde devem proceder ao devido registo no processo clínico, assinalando o contacto como no domicílio. No caso do médico, deverá efetuar o registo no SOAP, garantindo a partilha do texto com a restante equipa interdisciplinar, e na Plataforma Covi-19 Açores.
- c) Mediante a constatação de qualquer alteração de situação que coloque em causa o cumprimento dos requisitos exigidos para o acompanhamento no domicílio; que comprometa as condições de segurança do profissional de saúde, do utente e dos seus familiares; ou agravamento do estado de saúde que requeira seguimento diferenciado, deverá ser acionado o procedimento de referenciação do utente para avaliação hospitalar, conforme a seguir descrito.

Os Critérios de Alta Clínica e Fim das Medidas de Isolamento constam no ponto

8. da presente circular.

---

**ANEXO 5**

**Classificação de contactos de COVID-19**

A classificação do risco de exposição dos contactos é da responsabilidade da Autoridade de Saúde, de acordo com os critérios aqui definidos.

A Autoridade de Saúde, na avaliação individual de risco (caso a caso), pode considerar como contacto outras situações, assim como alterar a classificação do risco de exposição do contacto, de acordo com a avaliação de risco efetuada.

A duração do contacto com um caso de COVID-19 aumenta o risco de transmissão, pelo que é definido um limite de 15 minutos, de acordo com as recomendações internacionais, por questões de organização e exequibilidade.

**Exposição de alto Risco**

a) Pessoa com:

- a. Contacto frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante 15 minutos ou mais, sem utilização de equipamentos de proteção individual;
- b. Contacto físico direto com um caso de COVID-19;

- 
- c. Contacto direto desprotegido com secreções contaminadas de um caso de COVID-19;
  - d. Contacto em ambiente fechado com um caso de COVID-19 (ex. coabitação, sala de aula, sala de reuniões, sala de espera) durante 15 minutos ou mais, sem utilização de equipamentos de proteção individual.

**b) Viagem com caso confirmado de COVID-19:**

a. Numa aeronave:

- i. Sentado na fila do caso positivo; duas filas à frente, em relação à fila do caso positivo e duas filas atrás, em relação à fila do caso positivo;
- ii. Seja companheiro de viagem;
- iii. Efetue prestação direta de cuidados ao caso;
- iv. Seja tripulante de bordo e sirva a secção do caso;
- v. Se caso com sintomatologia grave ou com grande movimentação dentro da aeronave, todas as pessoas podem ser consideradas como contacto;

b. Num navio em que:

- i. Seja companheiro de viagem;
- ii. Partilhe a mesma cabine;
- iii. Efetue prestação direta de cuidados;
- iv. Seja tripulante de bordo e sirva a cabine do caso;

- 
- v. Aplicam-se também as condições descritas nos pontos acima não referentes às viagens;
  - c. Em qualquer outro meio de transporte que:
    - i. Não tenha boa ventilação;
    - ii. Não tenha redução da lotação máxima;
  - d. Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, desprotegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, sem uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Circular Normativa nº 29/A, de 13 de abril de 2020 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) ou quando houver indícios de utilização/remoção incorreta);
  - e. Contacto desprotegido, em ambiente laboratorial ou locais de colheita, com produtos biológicos infetados com SARS-CoV-2.

**Exposição de Baixo Risco**

b) Pessoa com:

- a. Contacto frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante menos de 15 minutos ou com utilização de equipamentos de proteção individual;



- 
- b. Contacto em ambiente fechado com caso de COVID-19 durante menos de 15 minutos ou contacto protegido durante 15 minutos ou mais;
  - c. Viagem com caso de COVID-19 em qualquer meio de transporte, com exceção dos referidos na exposição de alto risco;
  - d. Contacto esporádico (em movimento/circulação) com caso de COVID-19;
  - e. Exposição associada a cuidados de saúde, sem prestação direta de cuidados a casos de COVID-19 sem utilização de EPI;
  - f. Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, protegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, com uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com Circular Normativa da DRS nº 29/A, de 13 de abril de 2020 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19)

A duração do contacto com um caso de COVID-19 aumenta o risco de transmissão, pelo que é definido um limite de 15 minutos, de acordo com as recomendações internacionais, por questões de organização e exequibilidade.

---

Anexo 6

Formulário de Confinamento Obrigatório

NOTIFICAÇÃO

CONFINAMENTO OBRIGATÓRIO

Coronavírus SARS-CoV-2 / Doença COVID-19

(nome), Autoridade de Saúde Concelhia de \_\_\_\_\_ ,  
nos termos do artigo 17.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e da alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º do Anexo à Resolução  
do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020, de 2 de novembro, na sua atual redação, determina o

**CONFINAMENTO OBRIGATÓRIO**

**DE**

(nome completo),  
portador do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade/Passaporte N.º \_\_\_\_\_ , com validade até \_\_\_\_\_ ,  
com o Número de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_ , pelo período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ,  
por motivo de perigo de contágio atendendo ao facto de ter testado positivo para a infeção pelo Coronavírus SARS-CoV-  
2.

Data     /     /

(Assinatura e carimbo/selo branco da Autoridade de Saúde Concelhia)

---

**Anexo 7**

**Formulário de Isolamento Profilático**

**NOTIFICAÇÃO**

**ISOLAMENTO PROFILÁTICO**

**Coronavírus SARS-CoV-2 / Doença COVID-19**

(nome), Autoridade de Saúde Concelhia de \_\_\_\_\_ ,  
nos termos do artigo 4.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2001/A, de 10 de setembro, alterado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 6/2010/A, de 6 de abril, conjugado com o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013 de 4 de outubro, determina o

**ISOLAMENTO PROFILÁTICO**

**DE**

(nome completo),  
portador do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade/Passaporte N.º \_\_\_\_\_ , com validade até \_\_\_\_\_ ,  
com o Número de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_ , pelo período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ,  
por motivo de perigo de contágio e como medida de contenção de \_\_\_\_\_ .

Data     /     /

(Assinatura e carimbo/selo branco da Autoridade de Saúde Concelhia)