

# PLANO DA SAÚDE PARA O OUTONO-INVERNO 2020-21

**VERSÃO NÃO CONSOLIDADA**

SUBMETIDA AO CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

#### FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21  
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020

#### EDITOR

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 500  
Fax: 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

#### AUTOR

Direção-Geral da Saúde

Lisboa, setembro de 2020

# ÍNDICE

DESAFIOS DO OUTONO-INVERNO.....	9
VISÃO ESTRATÉGICA.....	11
LIDERANÇA E COORDENAÇÃO .....	13
1.1. SAÚDE PÚBLICA.....	18
1.1.1. Medidas não-farmacológicas de prevenção e controlo.....	18
1.1.2. Vigilância epidemiológica e avaliação do risco.....	19
1.1.3. Gestão de contactos .....	22
1.1.4. Sanidade internacional .....	24
1.2. VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE E CONTRA A COVID-19.....	25
1.3. GESTÃO DE CASOS.....	26
1.3.1. Triagem e SNS24.....	33
1.3.2. Resposta dos cuidados de saúde primários.....	34
1.3.3. Resposta de medicina intensiva .....	35
1.3.4. Resposta laboratorial .....	36
1.3.5. Resposta de medicamentos, dispositivos médicos e EPI .....	39
1.4. RESPOSTA INTERSECTORIAL.....	40
1.4.1. Setor social e populações vulneráveis.....	41
2.1. EMERGÊNCIA MÉDICA .....	45
2.2. ATIVIDADE PROGRAMADA.....	46
2.2.1. Resposta dos cuidados de saúde primários.....	47
2.2.2. Resposta hospitalar .....	47

2.2.3. Resposta da hospitalização domiciliária .....	49
2.2.4. Resposta da RNCCI .....	50
2.2.5. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica.....	51
2.3. DISPENSA DE MEDICAMENTOS EM PROXIMIDADE .....	52
3.1. PLANO DE COMUNICAÇÃO.....	55
3.1.1. Proteção e envolvimento dos profissionais de saúde .....	55
3.1.2. Segurança e confiança no acesso ao SNS.....	56
3.1.3. Risco de contágio e propagação do vírus SARS-CoV-2.....	56
3.1.4. Campanhas de vacinação contra a gripe e a COVID-19.....	57
3.1.5. Proteção das populações mais vulneráveis.....	57
3.1.6. Promoção de estilos de vida saudável .....	58

# LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

<b>ACES</b>	Agrupamentos de Centros de Saúde
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ARS</b>	Administrações Regionais de Saúde
<b>ADC</b>	Áreas Dedicadas à COVID-19 na Comunidade
<b>ADR-C</b>	Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios na Comunidade
<b>ADR-M</b>	Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios Metropolitanos
<b>ADR-SU</b>	Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios no Serviço de Urgência
<b>CESP</b>	Centro de Emergências em Saúde Pública
<b>CODU</b>	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
<b>COVID-19</b>	Doença pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DSP</b>	Departamentos de Saúde Pública
<b>ECDC</b>	Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças
<b>EMA</b>	Agência Europeia de Medicamentos
<b>EPI</b>	Equipamentos de Proteção Individual
<b>ERPI</b>	Estruturas Residenciais para Idosas
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>Infarmed</b>	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
<b>INSA</b>	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
<b>IPMA</b>	Instituto Português do Mar e da Atmosfera
<b>IPST</b>	Instituto Português do Sangue e Transplantação
<b>MCDT</b>	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PPCIRA</b>	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>SICAD</b>	Serviço de Intervenção nos Comportamento Aditivos e nas Dependências
<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SNS24</b>	Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>UCCI</b>	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
<b>UCI</b>	Unidades de Cuidados Intensivos
<b>UCSP</b>	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
<b>ULS</b>	Unidades Locais de Saúde
<b>USF</b>	Unidades de Saúde Familiar
<b>USP</b>	Unidades de Saúde Pública

# SUMÁRIO EXECUTIVO

O período do Outono-Inverno constitui, habitualmente, uma época com desafios para os sistemas de saúde. Porém, este ano, para além do impacto das baixas temperaturas na saúde e da epidemia de gripe sazonal, existirão desafios adicionais relacionados com a pandemia da COVID-19.

O **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** identifica os desafios, define os objetivos e finalidade e fixa os domínios estratégicos de atuação para a resposta às necessidades de saúde da população em Portugal, enquadrando, numa matriz comum, a implementação de medidas de âmbito nacional, regional, local e de proximidade, imprescindíveis na resposta à diversidade de realidades concretas, no contexto da pandemia de COVID-19. O Plano sublinha, igualmente, a importância da estrutura de coordenação e comunicação.

O **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** tem uma visão centrada nas pessoas, apresentando ações concretas organizadas sob três domínios estratégicos, entre as quais se destacam:

## **1. Resposta ao risco sazonal, incluindo COVID-19**

- Reforçar a resposta em saúde pública, especialmente em situações de surtos.
- Planear a vacinação contra a gripe e contra a COVID-19, logo que a vacina esteja disponível.
- Adaptar as atuais Áreas Dedicadas à COVID-19 em Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios e os circuitos de internamento hospitalar para diferentes fases da resposta.
- Adaptar a estratégia nacional de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 face à epidemia de gripe.

- Reforçar os *stocks* e manter a reserva estratégica de medicamentos, dispositivos médicos, equipamentos de proteção individual e testes laboratoriais.
- Consolidar o plano de intervenção em estruturas residenciais para idosos.
- Aprofundar as ações intersectoriais e a coordenação com parceiros.

## 2. Manutenção da resposta não-COVID-19

- Formalizar a *Task-force de resposta não-COVID-19*.
- Maximizar a resposta nos cuidados de saúde primários, com atendimento presencial, não-presencial e domiciliário.
- Reforçar as respostas de proximidade, incluindo dispensa de medicamentos.
- Maximizar a resposta nos hospitais através de maior articulação com cuidados de saúde primários, incluindo o encaminhamento de situações não urgentes.
- Incentivar a cirurgia eletiva e de ambulatório com avaliação pré-operatória em modelo *drive-through*.
- Definir unidades hospitalares “COVID-19 free”.
- Continuar a expansão da hospitalização domiciliária.

## 3. Literacia e comunicação

- Disseminar e reforçar o cumprimento das medidas de prevenção e controlo por toda a população.
- Divulgar medidas do Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21.
- Incentivar à utilização da app *StayAway COVID*.
- Promover o contacto através do SNS24.

O **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** pretende mobilizar todos os agentes do sector da saúde e o país para o período exigente que se avizinha e que requer uma resposta conjunta e participada. Como tal, não se trata de um documento fechado e será alvo de revisão e atualização bimestral, de forma a acompanhar a evolução epidemiológica e os contributos dos diversos intervenientes.



# INTRODUÇÃO

## DESAFIOS DO OUTONO-INVERNO

Decorridos mais de seis meses desde a identificação dos primeiros casos de COVID-19 em Portugal, importa fortalecer as linhas de intervenção em saúde, com base na evolução epidemiológica registada e no conhecimento científico acumulado, na experiência entretanto adquirida e na necessidade de continuar a responder a todas as necessidades em saúde da população. A pandemia da COVID-19 obrigou um grande número de países a adotar medidas excecionais, provocando grande pressão não só sobre os sistemas de saúde e o mercado global de produtos sanitários, mas também sobre a vida económica e social. Embora a pandemia tenha representado um enorme desafio para o sistema de saúde português, também evidenciou a enorme **resiliência dos cidadãos e a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de todo o sistema de saúde português**, tendo acelerado o **processo de inovação e transição digital**. O esforço conjunto das pessoas, das famílias, das empresas e dos profissionais de saúde permitiu controlar a transmissão da infeção e, gradualmente, reabrir vários setores de atividade com a adoção de medidas sanitárias rigorosas de saúde pública.

O acompanhamento diário da situação epidemiológica regional, nacional e internacional pelo Ministério da Saúde, em articulação estreita não só com a Direção-Geral da Saúde (DGS) e com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), mas também com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Português do Sangue e

Transplantação (IPST), o Serviço de Intervenção nos Comportamento Aditivos e nas Dependências (SICAD) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) tem-se mantido, desde o início do ano de 2020, e foram muitas as lições aprendidas.

Agora, torna-se essencial preparar a nova fase resposta dos serviços de saúde para os desafios adicionais que os próximos meses irão colocar.

Com efeito, as necessidades de cuidados de saúde sofrem variações sazonais, registando-se, durante o período do Outono-Inverno, um aumento expressivo da incidência de doenças infecciosas (com particular relevo para a gripe sazonal), bem como uma maior exacerbação de doenças respiratórias crónicas e de doenças cardiovasculares potenciadas pelas baixas temperaturas.

Assim, no Outono-Inverno 2020-21, o sistema de saúde português e o SNS enfrentarão **desafios adicionais**, devido ao potencial aumento da procura de cuidados de saúde, que colocará maior pressão sobre a capacidade de resposta dos serviços. Em concreto, é expectável:

1. **O aumento da incidência de COVID-19** a nível nacional, com impactos diferenciados local e regionalmente;
2. **O surgimento da gripe sazonal e de outras infeções respiratórias**, com maior procura de serviços de saúde;
3. **A necessidade de prestação de cuidados de saúde “não-COVID-19”**, quer programados, quer urgentes, e a recuperação da atividade adiada.

Todos estes fatores necessitam de ser considerados no período de Outono-Inverno e na resposta integrada do sistema de saúde português e do SNS aos desafios que se avizinham. É um contexto de elevada complexidade e incerteza, com **necessidade de adaptação e ajustamento contínuo dos serviços de saúde**, de forma a responder a todas as necessidades de saúde

dos cidadãos que convivem com a pandemia de COVID-19. Desde 2004, a DGS promove a implementação de Planos de Contingência com o objetivo de minimizar os efeitos do frio extremo e das infeções respiratórias sazonais na saúde da população portuguesa. Este ano, o **Plano de Contingência de Saúde Sazonal será adaptado** às circunstâncias de uma emergência de saúde pública, o que justifica uma abordagem integrada no sentido de preparar os serviços de saúde para o Outono-Inverno 2020-21 no atual contexto pandémico, mantendo a atividade assistencial programada e urgente, de acordo com as necessidades em saúde dos cidadãos.

## VISÃO ESTRATÉGICA

O **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** dirige-se a toda a sociedade portuguesa, ainda que seja, sobretudo, um instrumento orientador **para a as entidades do Ministério da Saúde e para a rede de estabelecimentos e serviços de saúde**, que enquadra a organização das respostas assistenciais no atual contexto pandémico, à luz de objetivos e finalidades partilhados. Este instrumento não substitui ou preclui o **Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)**, nem os planos específicos de reforço de capacidade de resposta do sistema de saúde e do SNS.

O **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** pretende **mobilizar todos os agentes do sector da saúde** e o país para o período exigente que se avizinha e que requer uma resposta conjunta e participada.

Por isso, a sua construção contou com a colaboração de meia centena de peritos das áreas da saúde, da ciência e da comunicação, bem como de instituições do Ministério da Saúde, que contribuíram para a composição e estruturação das linhas orientadoras que lhe serviram de base. Na elaboração do **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** foram,

igualmente, auscultadas as Ordens Profissionais da área da Saúde e, a sua versão atual (não consolidada), foi remetida para pronúncia do Conselho Económico e Social e do Conselho Nacional de Saúde.

Ao longo da pandemia, o SNS, apoiado por instrumentos legais que o permitiram, deu provas da sua capacidade de ajustamento, designadamente, através da célere implementação de planos de contingência, do investimento na aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI), do fortalecimento da rede laboratorial e expansão da capacidade de testagem, do reforço da capacidade de ventilação mecânica, do robustecimento das instituições de saúde através de mais autonomia e mais profissionais de saúde e de um avanço assinalável ao nível da saúde digital.

Neste sentido, com vista a enfrentar o impacto das **baixas temperaturas** na saúde, a ocorrência de uma **epidemia de gripe**, o **crescimento epidémico da COVID-19** e as **necessidades de saúde não satisfeitas**, o **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** tem como principais objetivos:

1. Preservar vidas humanas;
2. Proteger os mais vulneráveis;
3. Preparar a resposta face ao crescimento epidémico da COVID-19.

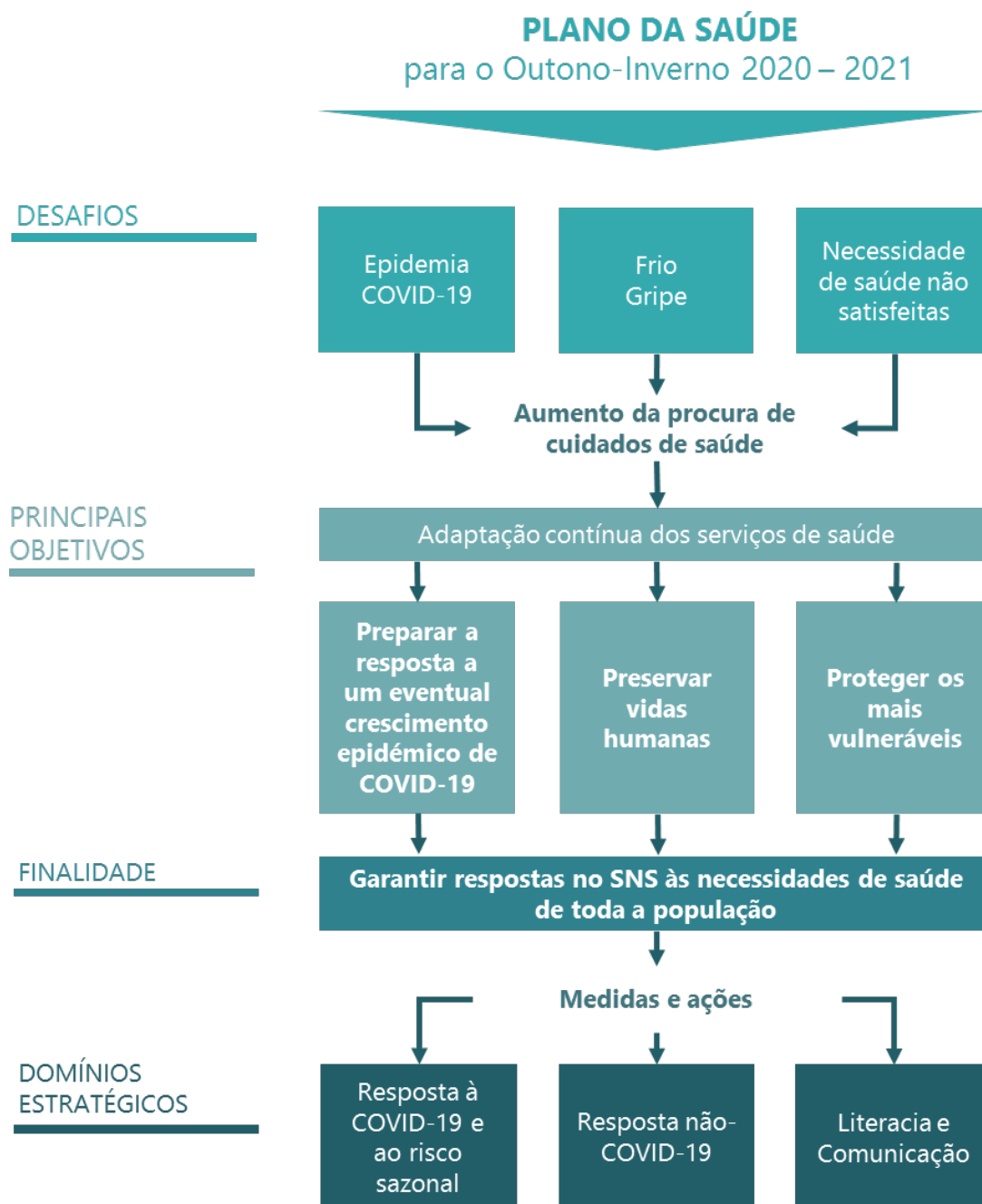
Com estes objetivos, o **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** assume como sua finalidade principal **garantir respostas no SNS às necessidades de saúde de toda a população**, numa visão centrada nas pessoas.

Com este pano de fundo, o **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** define três domínios estratégicos, nos quais assenta a implementação e operacionalização das medidas e ações nele previstas:

- 1. Resposta ao risco sazonal, incluindo COVID-19;**

2. Manutenção da resposta não-COVID-19;

3. Literacia e Comunicação.



## LIDERANÇA E COORDENAÇÃO

A liderança e coordenação da resposta ao risco sazonal e da resposta não-COVID-19 durante o Outono-Inverno deve potenciar a articulação entre o

Ministério da Saúde, os seus serviços e os estabelecimentos do SNS, aproveitando a capilaridade da sua rede.

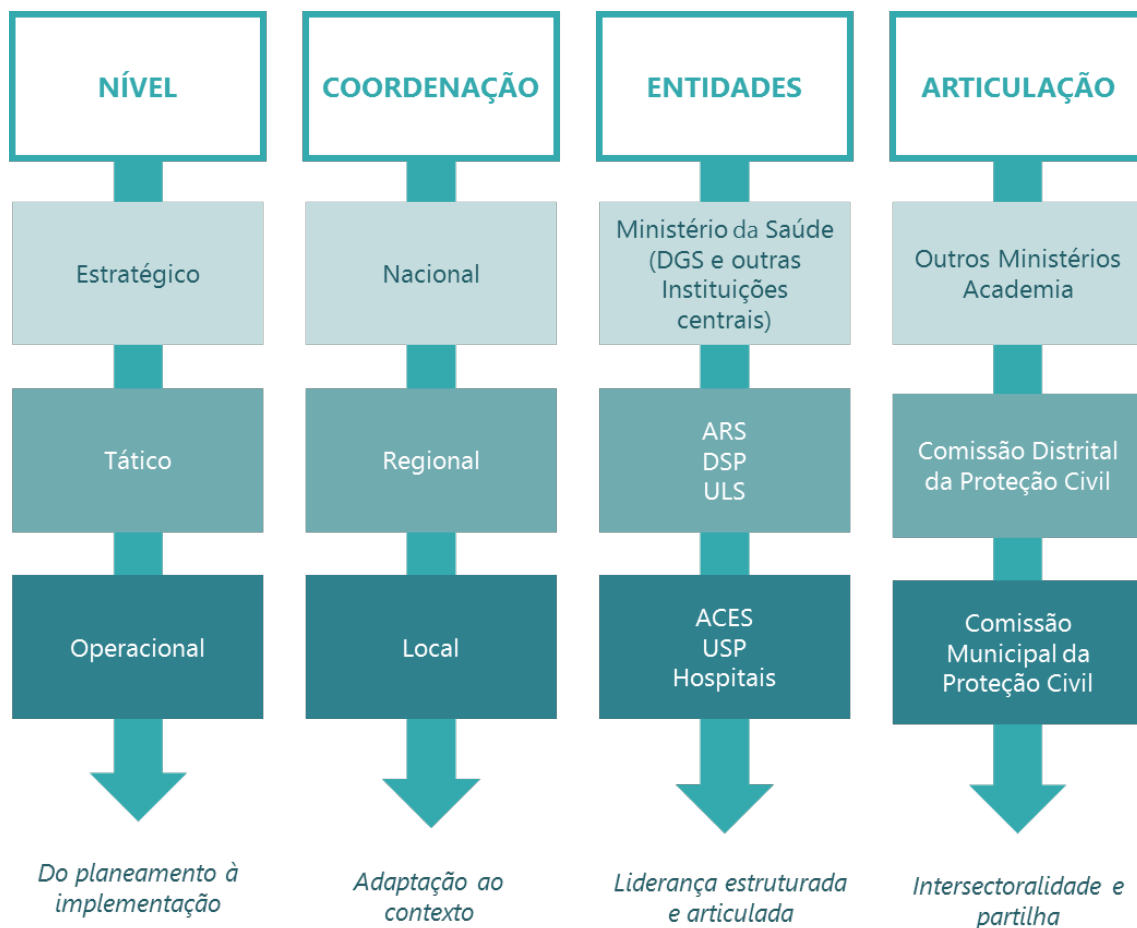
A nível nacional, o Ministério da Saúde e as suas instituições centrais, no âmbito das suas competências, assumem a coordenação estratégica das medidas e ações para o cumprimento dos objetivos deste **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21**, implementadas **em cascata**, através da intervenção estruturada e articulada a nível regional – Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respetivos Departamentos de Saúde Pública (DSP) – e local – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidades Locais de Saúde (ULS), respetivas Unidades de Saúde Pública (USP), e Unidades Hospitalares.

Dado que a evolução epidemiológica da COVID-19 mostrou ser heterogénea e beneficiar de uma intervenção de proximidade, estimula-se o **reforço das estruturas de coordenação e articulação**, sobretudo a **nível regional e local**, com participação intersectorial e intervenção de nível municipal e intermunicipal, com o papel agregador das **ARS** e dos seus **DSP**, a nível regional, e dos **ACES**, das **ULS** e **unidades hospitalares**, a nível local.

A experiência acumulada ao longo da pandemia permitiu adaptar o modelo de coordenação e governação perante uma emergência de saúde pública nos seus três eixos clássicos (avaliação do risco, gestão do risco e comunicação do risco). O período de Outono-Inverno **exige a reafirmação de uma estrutura de liderança e governação** de proximidade, que integre a aprendizagem e permita enfrentar os desafios concretos e potenciais deste período. Neste contexto, devem ser analisadas as respostas locais, de forma a identificar modelos positivos e soluções que possam, com ou sem adaptações, contribuir para a melhoria da qualidade noutras unidades de saúde, através da **partilha sistemática de boas práticas**.

A nível nacional, a constituição de uma **Task-force de resposta não-COVID-19**, constituída por elementos de cada ARS e na dependência do Ministério da Saúde, pode contribuir para apoiar soluções e enfrentar os desafios identificados para o Outono-Inverno, designadamente na **resposta assistencial**, contribuindo para a melhoria da **qualidade e segurança do SNS**.

Por último, a coordenação da resposta ao risco sazonal e da resposta não-COVID-19 deverá acompanhar a política de recursos humanos, continuando a adequar o planeamento e recrutamento às necessidades existentes.



# 1. RESPOSTA AO RISCO SAZONAL

O Outono-Inverno acarreta vários riscos para a saúde das populações, com provável impacto na capacidade de resposta do SNS:

1. O risco para a saúde das condições ambientais e **baixas temperaturas,**
2. O risco da **gripe e outras infeções respiratórias agudas,**
3. O risco imposto pela **pandemia provocada pela COVID-19.**

A resposta ao risco continua a alicerçar-se em três pilares fundamentais: **avaliação do risco** (integrado nas respostas de saúde pública), **gestão do risco** (gestão de casos, intersetando a preparação e capacitação do SNS ao nível das reservas estratégicas, da rede laboratorial e da rede de medicina intensiva) e **comunicação do risco** (transversal para a resposta “Não-COVID-19” e para a resposta ao risco epidemiológico).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Comissão Europeia e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) a resposta efetiva à epidemia COVID-19 durante o período sazonal de circulação de outros vírus respiratórios (identificação de casos, interrupção de cadeias de transmissão, diagnóstico diferencial, análise epidemiológica e avaliação do risco) depende da implementação de estratégias robustas para a limitação da propagação da COVID-19:

1. O cumprimento das medidas não farmacológicas de prevenção e controlo de infeção;
2. A capacidade de monitorização da epidemia;
3. A aplicação adequada de testes laboratoriais para SARS-CoV-2;
4. A deteção ativa e precoce de casos de infeção;
5. O seguimento clínico adequado dos casos de doença;
6. O rastreio efetivo de contactos;



7. O isolamento rigoroso dos casos de infeção e dos seus contactos.

Em Portugal, a resposta à pandemia provocada pela COVID-19 organiza-se em torno de dois pilares fundamentais: o **controlo epidemiológico** e a **preparação do SNS** para a resposta assistencial necessária, e a **proteção das populações mais vulneráveis**.

Estas respostas têm vindo a ser adotadas a vários níveis:

1. **Test**: identificação precoce dos casos através de uma utilização adequada de testes laboratoriais;
2. **Track**: seguimento clínico adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório (com recurso à plataforma Trace COVID-19), quer em meio hospitalar;
3. **Trace**: rastreio efetivo de contactos, pelas equipas de Saúde Pública com recurso ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), coordenado pelas autoridades de saúde.
4. **Isolate**: isolamento atempado e adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2 e respetivos contactos.

Assim, em 2020-2021, os **Planos de Contingência de Saúde Sazonal**<sup>1</sup>, a nível regional e local, serão **adaptados a este Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21**, ao contexto atual e à necessidade de **antecipar cenários de atuação**, que permitam a rápida implementação de respostas faseadas a nível regional, sob a **coordenação das ARS**, em função da **magnitude da epidemia de infeções respiratórias agudas** (incluindo, COVID-19, gripe e outros vírus respiratórios) e do **seu impacto na utilização dos serviços do SNS**.

---

<sup>1</sup> Despacho n.º 2483/2017, de 23 de março.

## 1.1. SAÚDE PÚBLICA

### 1.1.1. Medidas não-farmacológicas de prevenção e controlo

Perante a inexistência de medidas farmacológicas eficazes para a prevenção e tratamento da COVID-19, **o reforço da disseminação e implementação das medidas não farmacológicas de prevenção e controlo da infeção por SARS-CoV-2 mantém-se essencial**, de forma a reduzir o número total de casos e o seu impacto no sistema de saúde.

Este conjunto de medidas, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão de SARS-CoV-2 e de outros vírus respiratórios sazonais, inclui:

1. Redução do número de contactos entre pessoas;
2. Distanciamento físico;
3. Etiqueta respiratória;
4. Higienização frequente das mãos;
5. Limpeza e desinfeção frequente de equipamentos e superfícies;
6. Ventilação natural dos espaços;
7. Utilização adequada de máscara e EPI;
8. Não sair de casa sempre que existam sintomas sugestivos de COVID-19;
9. Contactar o SNS24 sempre que se desenvolvam sintomas sugestivos de COVID-19 ou tiver havido contacto com um caso confirmado de COVID-19;
10. Cumprimento de todas as orientações das autoridades de saúde e dos profissionais de saúde.

Estas medidas encontram-se já amplamente difundidas, mas importa **fortalecer o seu cumprimento universal e adequado**, especialmente pelo seu impacto no espectro de vírus respiratórios de circulação sazonal. Importa também sublinhar que, isoladamente, nenhuma das referidas

medidas básicas é suficiente para controlar a transmissão da doença, mas que a sua utilização combinada é decisiva.

Em concreto, relativamente à **utilização de máscaras**, a legislação atualmente em vigor prevê o uso obrigatório, para pessoas com mais de 10 anos, de máscara em **espaços públicos fechados**, recomendando-se o seu uso em qualquer **espaço aberto ou fechado** sempre que não esteja garantido o distanciamento físico mínimo de 2 metros. A opção por **máscaras comunitárias (certificadas)** deve ser incentivada, não apenas para evitar a escassez de máscaras cirúrgicas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, mas também em nome da sustentabilidade ambiental.

### 1.1.2. Vigilância epidemiológica e avaliação do risco

A melhoria contínua da vigilância epidemiológica é determinante para que exista um conhecimento mais aproximado da dinâmica real de transmissão e do impacto da infeção por SARS-CoV-2 na saúde das populações, devendo manter-se como ferramenta de suporte à decisão.

A **informação e vigilância** no Outono-Inverno continuará a progredir no sentido de **integrar o conjunto de sistemas e ferramentas de informação** existentes, para garantir uma visão panorâmica e o conhecimento adequado sobre o risco sazonal, a sua evolução, as **especificidades regionais e locais** e o seu impacto sobre o SNS.

As dimensões deste sistema de vigilância são:

1. **Vigilância ambiental**, em particular, a previsão e informação sobre as temperaturas baixas, através do Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA);
2. **Vigilância da vacinação** e da **cobertura vacinal contra a gripe**;

3. **Vigilância das infecções respiratórias agudas (IRA)** e do seu impacto na utilização dos serviços do SNS, nomeadamente, INEM, SNS24, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares;
4. **Vigilância epidemiológica dos casos de COVID-19 e seus contactos e vigilância da gripe.** A informação necessária para o suporte à decisão é distinta para os casos de infeção por SARS-CoV-2 e por vírus da gripe pelo que devem ser claramente definidos indicadores adequados para as duas situações:
  - a. **COVID-19:** incidência, prevalência, seguimento clínico (vigilância domiciliária e internamentos), recuperação clínica, letalidade e mortalidade, mapas de risco e georreferenciação, entre outros;
  - b. **Gripe:** incidência, letalidade e mortalidade, entre outros;
5. **Monitorização e análise do estado da saúde “não-COVID-19”** da população e seus determinantes, nomeadamente a vigilância da mortalidade global e das doenças não transmissíveis;
6. **Análise de risco e cenarização epidemiológica,** incluindo modelação, mapas de risco e georreferenciação e vigilância da mortalidade geral.

Para tal, vão ser implementadas medidas para continuar a:

1. **Inovar no desenvolvimento, integração e interoperabilidade dos sistemas, instrumentos e plataformas de informação** para que, por um lado, seja alcançada a visão panorâmica e, por outro, o detalhe suficiente para a implementação de medidas regionais e locais em tempo útil;
2. **Melhorar o acesso e a qualidade dos dados** disponibilizados pelas plataformas do SINAVE e Trace-COVID-19, sem comprometer o direito dos cidadãos à proteção dos dados pessoais e dos dados em saúde;

3. **Simplificar os processos e melhorar a sinalética e a alarmística** das plataformas SINAVE e Trace-COVID-19, de forma a apoiar na priorização das tarefas necessárias de acordo com o risco epidemiológico;
4. **Reforçar e capacitar equipas e multidisciplinares**, que integrem profissionais de saúde, académicos, e profissionais de outras áreas do saber, para uma efetiva análise de risco.

Considerando a dinâmica da evolução epidemiológica da COVID-19, a adoção de medidas de precisão pressupõe o conhecimento, em tempo real, do risco de transmissão do SARS-CoV-2, a nível local. Para tal, está em curso a elaboração de **mapas de risco epidemiológico**, definindo **níveis de risco**, garante a adequação e proporcionalidade das medidas ao risco real de cada região ou local, bem como a rápida implementação de medidas de saúde pública e de medidas intersectoriais, correspondentes a cada nível de risco, permitindo escalar diversas fases.

Em linha com as recomendações da OMS e do ECDC, no Outono-Inverno de 2020-21 será necessário um esforço particular na adaptação dos **atuais sistemas de vigilância sentinela da gripe à infeção por SARS-CoV-2**, pelo que se encontra em desenvolvimento um **sistema de vigilância sentinela de infeções respiratórias agudas**, sob a coordenação do INSA. Este sistema permitirá obter informação mais detalhada de uma amostra de casos de infeção respiratória aguda que permita identificar os fatores de risco de infeção por SARS-CoV-2 e estimar a efetividade da vacina contra a COVID-19 (quando disponível). A vigilância sentinela de COVID-19 estará enquadrada num projeto europeu (IMOVE-COVID19), do qual INSA e DGS são parceiros. Como habitualmente, na monitorização da gripe, mantém-se a utilização, sob a coordenação do INSA, do sistema *Gripenet*, que permite detetar os casos de síndrome gripal que não necessitam de cuidados de saúde.

### 1.1.3. Gestão de contactos

A pedra angular da gestão eficiente de casos e contactos de COVID-19 é a sua **identificação e isolamento precoces** e a realização e obtenção dos **resultados do teste laboratorial para SARS-CoV-2 de forma rápida**. Esta é a melhor forma de quebrar cadeias de transmissão.

A eficácia das medidas depende da identificação precoce dos contactos, que beneficia, em especial de:

1. Alargamento da adesão à aplicação móvel de notificação da exposição a contactos de risco (StayAway COVID) e **sensibilização dos utilizadores para a inserção de código de alerta no caso de teste positivo, auxiliando e complementando o trabalho das autoridades de saúde.**
2. **Melhoria da sinalética e alarmística** das plataformas SINAVE e Trace-COVID-19, para emissão de alertas de tarefas por completar e para a organização do trabalho dos profissionais de saúde.
3. **Rápida realização do inquérito epidemiológico (24 horas)** pelas Unidades de Saúde Pública (USP), com reforço de meios nas equipas de saúde pública para garantir a sua rápida intervenção.
4. **Maximização da capacidade de resposta e melhoria dos algoritmos do SNS24** para identificação e correto encaminhamento dos utentes que se autoidentificam como contactos de casos confirmados, melhorando a integração das respostas e entre níveis de cuidados .

A realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 e a implementação de medidas de saúde pública deve ser, tal como estabelecido na [Norma n.º 015/2020, de 24/07/2020](#) da DGS:

1. Proporcionada e adequada ao risco;

2. Coordenada pelas autoridades de saúde, em articulação com a rede laboratorial nacional;
3. Aplicada a todos os contactos de alto risco de casos confirmados, especialmente em situações de surto e em sectores onde uma rápida interrupção das cadeias de transmissão é de extrema importância, incluindo unidades prestadores de cuidados de saúde, estruturas residenciais para idosos (ERPI), estabelecimentos prisionais, estabelecimentos de ensino, etc. Nestas situações, a autoridade de saúde garante a implementação precoce de medidas de saúde pública, nomeadamente a determinação de isolamento profilático, a consubstanciar ou suspender após ser conhecido o resultado do teste laboratorial do caso suspeito.

A **gestão de surtos** é acompanhada por uma **equipa de Saúde Pública**, de pronta resposta e capacidade de intervenção rápida, perante uma ativação. Esta equipa deve ser designada pelas USP e prever mecanismos de escalar o reforço de profissionais de saúde dos ACES, de profissionais de saúde especificamente contratados, de profissionais de outros sectores e de elementos de ligação à comunidade. Os profissionais alocados a estas equipas devem:

1. Ter formação com um foco particular na realização de inquéritos epidemiológicos, estratificação de risco de exposição a SARS-CoV-2, avaliação das condições de habitabilidade para isolamento domiciliário, e mecanismos de articulação intersectorial.
2. Ter a possibilidade de manter a sua atividade laboral regular, já que a sua afetação a estas equipas ocorrerá apenas em caso de necessidade.

A gestão de contactos, sendo uma atividade da Saúde Pública, é indissociável do impacto das determinações das autoridades de saúde na relação laboral

e na subsistência financeira das pessoas que são isoladas por serem identificadas como contactos de alto risco. O sucesso da adesão às decisões da Saúde Pública implica que se mantenha garantida a resposta a necessidades sociais, o que reclama a continuação do trabalho de proximidade em equipas multidisciplinares.

#### 1.1.4. Sanidade internacional

A Sanidade Internacional, enquanto área específica da Saúde Pública, precisa de continuar a **garantir o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional**, particularmente na atual situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito internacional.

A intervenção e atuação específica nesta área resulta da adaptação contínua das medidas implementadas (restrições das viagens e obrigatoriedade da realização de teste laboratorial molecular para SARS-CoV-2) ao risco epidemiológico global.

Assim, a Sanidade Internacional mantém **a abordagem dos pontos de entrada no território nacional**, de forma integrada com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e articulada com o Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP) da DGS e demais parceiros, para **gerir os casos suspeitos ou confirmados de infeção por SARS-CoV-2 e respetivos contactos, identificados nos diversos pontos de entrada**, em particular:

1. Avaliar a implementação e atualização dos **planos de contingência nos diferentes pontos de entrada**;
2. Garantir a **gestão eficiente dos contactos** e o rastreio de contactos de viajantes, explorando instrumentos desmaterializados (como o *Passenger Locator Card* eletrónico).
3. Estabelecer, através de documentos técnicos-normativos da DGS, os **procedimentos de atuação específicos e uniformes** para a



avaliação e encaminhamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, e respetivos contactos, sobretudo em situações de **surto em navios**, onde a pronta resposta a nível regional e local, pode ser crítica para maximizar a resposta do SNS.

## 1.2. VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE E CONTRA A COVID-19

A vacinação é a medida farmacológica mais eficaz na prevenção e controlo de uma epidemia. Assim, a **estratégia de vacinação contra a gripe** no próximo Outono-Inverno foi **adaptada** ao atual contexto epidemiológico, assegurando:

1. O aumento do número de doses e, conseqüentemente, da cobertura vacinal;
2. A antecipação do início da época vacinal, para o final de setembro, garantindo uma vacinação mais precoce;
3. A priorização de grupos de risco para a vacinação faseada:
  - a. Residentes, utentes e profissionais de ERPI, outros estabelecimentos de respostas sociais e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
  - b. Profissionais de saúde do SNS que constituem grupos prioritários;
  - c. Grávidas;
  - d. Restante população abrangida, de acordo com Norma a publicar pela DGS.
4. O alargamento da gratuitidade da vacina a grávidas.
5. O alargamento e diversificação dos locais de vacinação de forma a evitar constrangimentos no acesso às unidades prestadoras de cuidados de saúde dos ACES, nomeadamente, sob a coordenação das ARS e dos ACES, a vacinação em farmácias comunitárias.

Na próxima época Outono-Inverno **mantêm-se os instrumentos de monitorização da cobertura e da efetividade (a meio e no final da época) da vacina contra a gripe**, nomeadamente através da avaliação semanal da DGS, do painel ECOS (Em Casa Observamos Saúde), e dos projetos EuroEVA (nos cuidados de saúde primários, devidamente ajustado ao sistema de vigilância) e EVA Hospital, coordenados pelo INSA.

Apesar de estarem em curso vários estudos e ensaios clínicos com vacinas contra a COVID-19, o **nível de incerteza obriga a um acompanhamento contínuo dos desenvolvimentos científicos**. O processo de aquisição de vacinas para a COVID-19, na União Europeia, decorre de uma estratégia que tem vindo a ser concretizado pela Comissão Europeia em articulação com os Estados-Membros, no sentido de acelerar o desenvolvimento e a disponibilidade de vacinas seguras e eficazes num prazo entre 12 e 18 meses e, se possível, num prazo ainda mais curto. As vacinas só serão disponibilizadas após avaliação pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA), assegurando-se assim a sua qualidade, segurança e eficácia preliminar.

Em linha com os restantes países da União Europeia, Portugal optará por uma estratégia de vacinação contra a COVID-19 que seja **universal, segura e efetiva**, para **todos os grupos elegíveis**, mantendo a sua participação nos mecanismos internacionais e europeus de seleção e aquisição destas vacinas.

### 1.3. GESTÃO DE CASOS

A boa gestão de casos é a garantia da boa resposta do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e em segurança. No Outono-Inverno a gestão de casos suspeitos de COVID-19 implica a **gestão** a montante **de todos os casos suspeitos de infeção**

**respiratória aguda**, cujo diagnóstico diferencial inclui, entre outros, a infeção por SARS-CoV-2, por vírus da gripe e por vírus sincicial respiratório. O modelo de gestão de casos implementado pela [Norma n.º 004/2020, de 23/03/2020, atualizada a 31/08/2020](#), emitida pela DGS, está a ser consolidado através da:

1. **Revisão da definição de caso suspeito de COVID-19**, procurando integrar discriminadores úteis para o diagnóstico diferencial com os restantes vírus respiratórios de circulação sazonal, nomeadamente o vírus influenza;
2. **Revisão dos critérios de alta/fim do isolamento**, incluindo de alta “precoce” das unidades hospitalares, integrando a mais recente evidência científica sobre a fisiopatologia da COVID-19.
3. **Manutenção da separação dos circuitos**, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados hospitalares.

A manutenção dos circuitos para uma mais **efetiva separação dos casos suspeitos e confirmados de SARS-CoV-2 ao longo dos vários níveis de cuidados do SNS constitui o aspeto mais crítico deste Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21**, sendo necessário continuar a apostar, através da **coordenação por parte das ARS, dos ACES, das ULS e das unidades hospitalares**, numa lógica articulada e integrada, com fases e complexidades distintas:

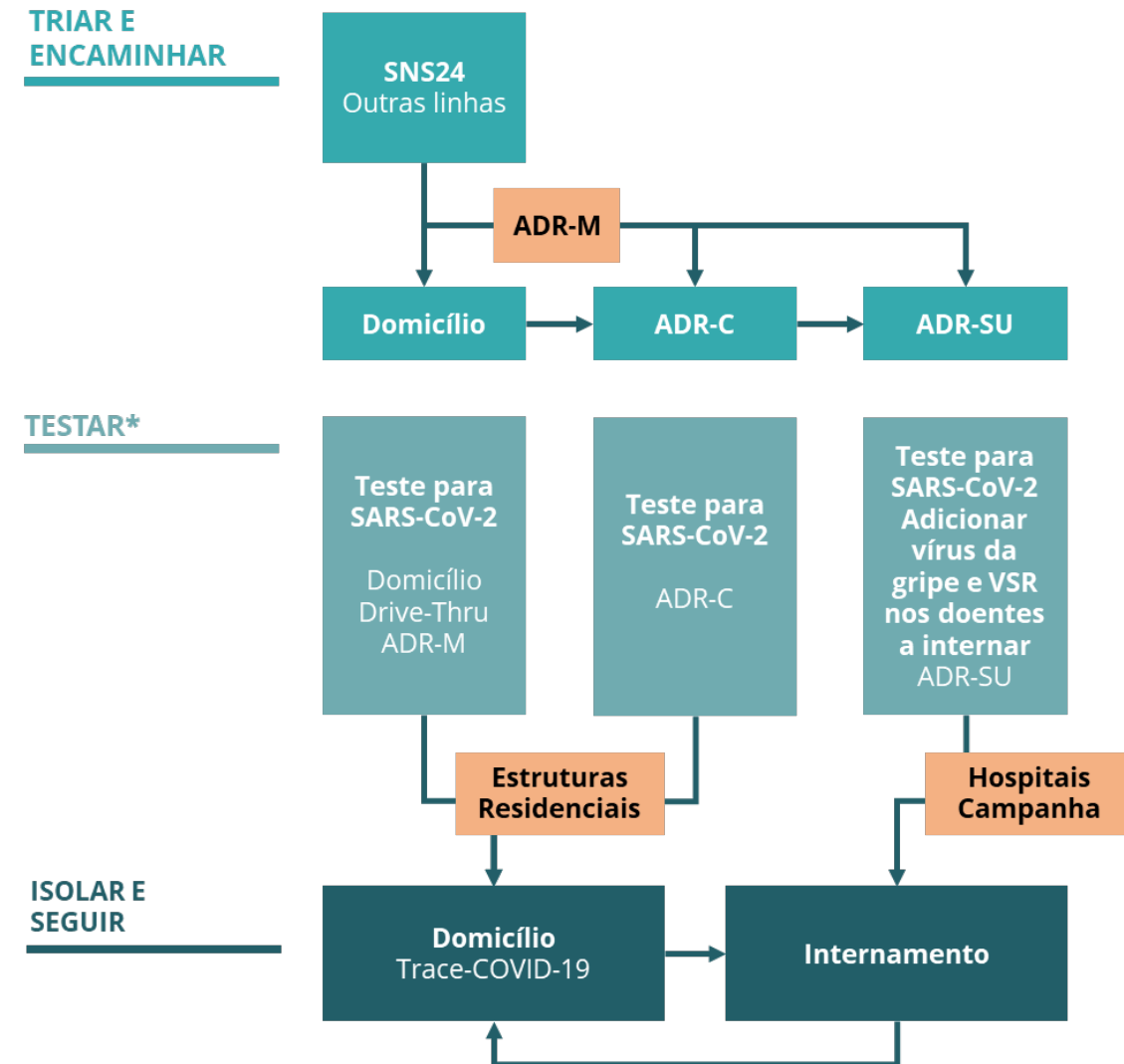
1. **Triagem remota (não presencial) e presencial de todos os casos suspeitos de infeção respiratória aguda**, separando-os dos restantes quadros patológicos, de forma a garantir o corredor de cuidados apropriado:

- a. **Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios (ADR)**<sup>2</sup>, quer nas unidades de cuidados de saúde primários (ADR-C), quer nos serviços de urgência das unidades hospitalares (ADR-SU), onde serão abordados todos os doentes com quadros respiratórios agudos de provável etiologia infecciosa, com critérios clínicos de gravidade que exijam a avaliação presencial.
  - b. **Domicílio**, unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) da RNCCI e ERPI, onde, com o cumprimento eficaz das medidas de isolamento, serão abordados todos os doentes com suspeita de infeção respiratória aguda que não apresentem critérios clínicos de gravidade/necessidade de internamento hospitalar.
  - c. **Restantes áreas**, onde deve ser assegurada a atividade assistencial “não-COVID-19”.
2. **Diagnóstico diferencial e realização rápida de testes laboratoriais para SARS-CoV-2**, de acordo com a estratégia de testes, com a pesquisa de vírus da gripe e vírus sincicial respiratório, sempre que adequado, de forma a obter os resultados em tempo útil para promover o rápido isolamento dos casos de COVID-19 face aos restantes, bem como a definição do local para abordagem clínica adequada.
  3. Seguimento e **vigilância clínica domiciliária**, através da plataforma **Trace-COVID-19, dos doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19** que não apresentam critérios clínicos de gravidade/necessidade de internamento hospitalar, de forma a

---

<sup>2</sup> Trata-se adaptação, criação ou ampliação das infraestruturas das atuais Áreas Dedicadas à COVID-19 (ADC) em Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios (ADR)

manter a sustentabilidade do SNS e os dois níveis de resposta: “não-COVID-19” e “epidemia COVID-19 e gripe”.



\* FASE 1: Teste para SARS-CoV-2 prescrito após avaliação médica (remota ou presencial). FASE 2: Considera-se a requisição de teste para SARS-CoV-2 através do SNS24.  
Estruturas a planear para a FASE 2.

As infraestruturas das **Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios (ADR)** são críticas para o sucesso deste modelo, onde é imprescindível **assegurar o distanciamento físico entre utentes e o atendimento em segurança**, por profissionais de saúde treinados e com a disponibilização e utilização adequada dos EPI. Para reduzir as deslocações das pessoas com suspeita ou

confirmação de COVID-19 entre as unidades de saúde, estão em implementação medidas para **dotar as ADR com pontos de colheita** de amostras adequadas **para a realização de testes laboratoriais**.

A resposta do SNS e gestão eficiente de casos, com mais medidas de proximidade, depende da **monitorização contínua de indicadores de magnitude da epidemia de infeções respiratórias agudas** (COVID-19, gripe e outros vírus respiratórios) e o **seu impacto na utilização dos serviços do SNS**, que permitam a rápida transição entre duas potenciais fases de resposta:

1. **Fase 1**: magnitude e impacto da epidemia suportados pelos SNS, permitindo a coexistência de atividade assistencial não-COVID-19 e COVID-19, na totalidade das unidades prestadores de cuidados de saúde.
2. **Fase 2**: crescimento epidémico com indicadores de forte pressão sobre os serviços do SNS, obrigando a uma reorganização dos serviços, circuitos, dimensão e capacidade dos ADR, especialmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e ainda da ativação de alternativas intersectoriais que respondam a uma situação de emergência.

A transição entre fases deve ser contextualizada face à **situação epidemiológica a nível regional e local e ser rapidamente operacionalizada quer num sentido ascendente quer num sentido descendente, sob a coordenação das ARS**, uma vez que é expectável que as regiões de saúde não se encontrem simultânea e uniformemente na mesma fase de resposta.

Nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, a coordenação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares assume particular importância, podendo ser acionada a criação de um espaço de ADR Metropolitano (ADR-M). que as ARS deverão planear, de acordo com os recursos disponíveis e os modelos organizacionais, incluído a alocação dos profissionais de saúde qualificados e respetivo equipamento de outras áreas assistenciais.

A dimensão e o número de ADR-C são planeadas regionalmente, em conjunto com a capacidade de resposta e a afluência aos ADR-SU:

1. **Fase 1:** ADR-C e ADR-SU a funcionar em simultâneo e de forma articulada, garantido que a assistência aos doentes sem critérios de gravidade para avaliação em ADR-SU, ocorre nos ADR-C, o que implica **o encaminhando dos utentes classificados com a cor azul e verde, pela triagem de Manchester, nos ADR-SU para os ADR-C.**
2. **Fase 2:** ADR de grande capacidade e dimensão, **ADR-M** para avaliação clínica de todos os doentes com sintomas respiratórios que necessitem de avaliação clínica presencial (isto é, os casos que não podem permanecer no domicílio, após avaliação inicial pelo SNS24) e colheita de amostras para testes laboratoriais para SARS-CoV-2. Neste caso, o encaminhamento dos doentes após avaliação no ADR-M faz-se de acordo com a gravidade clínica e a avaliação das condições socioeconómicas e de habitabilidade (exequibilidade de isolamento):
  - a. Domicílio, ERPI/lares e UCCI;
  - b. Isolamento em estruturas residenciais;
  - c. Internamento hospitalar.

As **ADR-M** e as **ADR-C** em locais com crescimento epidémico e indicadores de forte pressão sobre os serviços do SNS devem igualmente ser organizadas

em dois circuitos assistenciais para os doentes com suspeita de infeção respiratória aguda:

1. **Circuito de avaliação clínica presencial**, para os doentes com necessidade clínica de avaliação presencial, de acordo com a triagem remota e/ou presencial.
2. **Circuito de realização de testes laboratoriais**, para os doentes com indicação para seguimento e vigilância clínica no domicílio, UCCI e ERPI, de forma a acelerar a realização e obtenção dos resultados dos testes laboratoriais para SARS-CoV-2.

As ARS continuam a acompanhar a identificação e seleção dos locais mais apropriados para a instalação de ADR, nas suas várias tipologias, de forma a garantir a sua rápida ativação sempre que a situação epidemiológica o exigir. Este mapeamento e respetivos mecanismos de ativação e desativação devem constar dos **Planos de Contingência de Saúde Sazonal** das ARS.

Nas áreas metropolitanas, será também planeada a instalação de **hospitais de campanha**, e, nas unidades hospitalares de maiores dimensões, será ponderada a **conversão total de edifícios** para a instalação de ADR-SU e áreas de internamento para doentes com infeção respiratória aguda e COVID-19.

O **isolamento em estruturas residenciais** permite o isolamento em segurança dos doentes com COVID-19 (bem como de suspeitos a aguardar o resultado do teste laboratorial em espaços próprios) que não necessitam de cuidados de saúde hospitalares, mas que não dispõem das condições adequadas para o isolamento em segurança no seu local de residência habitual. As ARS continuarão a coordenar, a nível regional, o **mapeamento atempado das zonas de maior risco social** e com maior prevalência de populações vulneráveis, de modo a antecipar o risco e permitir uma intervenção intersectorial rápida e adequada.



### 1.3.1. Triage e SNS24

O modelo da triagem dupla, remota e presencial, maximiza a adequação e a segurança da prestação de cuidados de saúde:

1. **Triage** e encaminhamento remoto das **situações mais graves** através do **INEM/CODU**, com **algoritmos discriminatórios** para as infeções respiratórias agudas.
2. **Triage**, aconselhamento e encaminhamento remoto **através do SNS24**. Considerando a experiência acumulada com os algoritmos de “síndrome gripal” e os algoritmos especificamente desenhados para a COVID-19, já foi iniciada a integração deste conhecimento na **elaboração de algoritmos aperfeiçoados** que permitem a identificação de casos suspeitos de COVID-19, bem como os critérios de gravidade (e de exequibilidade de isolamento no domicílio) que melhorem o encaminhamento adequado. Desta forma, o SNS24 continuará a reforçar e expandir o serviço informativo clínico, acessível através do canal telefónico e digital ([www.sns24.gov.pt](http://www.sns24.gov.pt)).
3. **Triage presencial nos pontos de acesso do SNS**, quer nas unidades dos cuidados de saúde primários quer nas unidades hospitalares, através de um questionário clínico e epidemiológico uniforme que garanta o encaminhamento para o circuito apropriado, a incluir em Norma da DGS.

Na Fase 2 da resposta, a capacidade do SNS pode ser potenciada através da **requisição de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 através do SNS24**, como sucedeu no passado, de forma a diminuir o intervalo de tempo entre a suspeita clínica e a realização do teste laboratorial, sendo um fator determinante para o controlo epidemiológico.

Para o efeito, o **SNS24** articula com as ARS, o **mapeamento e a monitorização dos indicadores de utilização dos locais disponíveis para**

**a realização de testes laboratoriais** para SARS-CoV-2, garantindo a informação ao utente do local indicado para a realização do teste. Os encaminhamentos efetuados pelo SNS24 são realizados através da consulta da informação que se encontra disponível no Sistema Integrado de Informação de Prestadores, sendo a sua atualização por parte da ACSS e das ARS fundamental para o encaminhamento adequado dos utentes.

### 1.3.2. Resposta dos cuidados de saúde primários

A criação de ADR-C é um pilar estruturante para o acesso e separação de circuitos dos doentes com sintomas respiratórios no Outono-Inverno. Estas infraestruturas irão:

1. Garantir o **distanciamento físico** entre doentes, assegurando a implementação de meios que promovam o atendimento individualizado;
2. Garantir a **avaliação clínica apropriada** através de equipas de profissionais de saúde qualificados e dotados dos equipamentos adequados para uma resposta resolutive que evite a referenciação desnecessária aos serviços de urgência, incluindo a colheita de amostras biológicas para a realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2,.

A nível regional e local, mantêm-se as medidas no sentido de:

1. Serem implementados e divulgados os **circuitos de encaminhamento** dos doentes entre USF/UCSP, ADR-C, serviços de urgência hospitalar e ADR-SU.
2. Serem implementados **indicadores de utilização** dos ACES, por doentes com sintomas respiratórios, de forma a **adequar**, dinâmica e evolutivamente, todos os circuitos de triagem e encaminhamento e o

**número de ADR-C em função da situação epidemiológica** a nível regional e local.

### 1.3.3. Resposta de medicina intensiva

A resposta COVID-19 a nível hospitalar, garantindo a **máxima separação de circuitos entre doentes COVID-19 e os restantes**, é indissociável da resposta “não-COVID-19”. A nível regional, esta realidade, implica, pelo menos, dois cenários no que, em especial, se refere à medicina intensiva:

1. Fora das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto: resposta “não-COVID-19” e COVID-19 simultânea em todas as unidades hospitalares.
2. Nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto:
  - a. **Fase 1:** resposta “não-COVID-19” e COVID-19 simultânea em todas as unidades hospitalares;
  - b. **Fase 2:** resposta “não-COVID-19” (unidades “COVID-19-free”) e COVID-19 segregada em articulação com ADR-M (ADR-C e ADR-SU).

As unidades hospitalares devem atualizar os **planos de contingência**, nas suas várias dimensões, mas em particular no que diz respeito a:

1. Reforço das medidas de prevenção e controlo de infeção, em articulação com o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);
2. Separação efetiva dos circuitos (“não-COVID-19” e “COVID-19”), com uma planificação faseada da organização dos espaços de internamento, técnicas invasivas e cirúrgicas, realização de métodos complementares de diagnóstico e terapêutica, de acordo com a procura e afluência aos serviços, em articulação com o PPCIRA;
3. Gestão de recursos humanos (*surge capacity*).

A resposta de medicina intensiva deve seguir o modelo organizacional da **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva** atualizada a 18 de agosto, para responder aos desafios imediatos suscitados pela pandemia de COVID-19 mas também perspetivando um futuro orientado para uma visão mais ampla do papel da medicina intensiva nas unidades hospitalares, com políticas de gestão de recursos de grande plasticidade, adaptáveis aos diferentes desafios.

#### 1.3.4. Resposta laboratorial

A definição e implementação de uma estratégia nacional de testes laboratoriais tem como objetivos controlar a propagação da transmissão do vírus SARS-CoV-2, manter um bom sistema de vigilância epidemiológica, minimizar o risco de impacto da pandemia no SNS, identificar e controlar rapidamente surtos em contextos de maior vulnerabilidade.

A realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 é um processo com uma finalidade clínica, pelo que, nesse sentido, será reforçada a informação dirigida a profissionais de saúde, decisores e população, sublinhando que a realização de um teste laboratorial é um processo que se inicia, antes de mais, com uma **prescrição que pretende atingir um objetivo**, quer seja o diagnóstico, o rastreio ou a monitorização e vigilância epidemiológica.

A circulação do vírus da gripe, vírus sincicial respiratório e outros vírus respiratórios sazonais no Outono-Inverno, em simultâneo com o SARS-CoV-2, impõe, portanto, a definição de uma **estratégia nacional para a realização de testes** para o **diagnóstico diferencial** dos sintomas respiratórios infecciosos, que **concretize a rápida separação de doentes com COVID-19 dos restantes doentes**, através da definição:

1. Do contexto de aplicação e interpretação clínica de cada tipo de testes laboratorial;

2. Dos grupos prioritários para eventuais situações de escassez de recursos;
3. Das situações em que deve ser realizada a **pesquisa de SARS-CoV-2 e dos outros vírus respiratórios** (vírus da gripe e vírus sincicial respiratório), designadamente nas pessoas com critérios de internamento hospitalar;
4. Das situações em que, de acordo com o risco epidemiológico local e sob coordenação das autoridades de saúde, em articulação com os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional, devem ser realizados **testes periódicos e regulares aos profissionais de saúde**, designadamente aos profissionais que trabalham simultaneamente no SNS e em ERPI, outras instituições de acolhimento social e outras unidades de prestação de cuidados de saúde (como as Unidades de Hemodiálise);
5. Das situações em que **não devem ser realizados testes laboratoriais para SARS-CoV-2 em pessoas com história prévia de COVID-19.**

Por outro lado, a estratégia para a realização de testes laboratoriais deve ser alvo de um **acompanhamento científico qualificado, rigoroso e permanente**, de forma a integrar atempadamente, verificado o cumprimento dos requisitos de certificação e validação, a utilidade clínica de outros testes (não-moleculares, incluindo testes de pesquisa de antígeno e testes serológicos) laboratoriais para SARS-CoV-2 e outras amostras biológicas para pesquisa de SARS-CoV-2 (por exemplo, a saliva).

Para o efeito o INSA, em articulação com o Infarmed e a DGS, continua a garantir o acompanhamento permanente dos desenvolvimentos científicos. O objetivo é que, conjugando os tipos de testes existentes (em particular a sua validade e qualidade laboratorial, e a sua especificidade e sensibilidade),

seja garantida a celeridade da obtenção do resultado. Em concreto, importa **estratificar e destinar os vários tipos de testes laboratoriais para SARS-CoV-2, de acordo com a sua finalidade:**

1. **Testes rápidos** com resultados em menos de 60 minutos;
2. **Testes com resultados disponíveis em 24 horas.**

Neste âmbito, serão equacionadas respostas de proximidade, nomeadamente a realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 *point-of-care* que permitam tomar decisões rápidas de separação, isolamento e contenção dos casos de COVID-19.

A **operacionalização da estratégia de testes laboratoriais** é articulada com a rede laboratorial, e, por isso, **coordenada pelo INSA e pelas ARS.**

A crescente necessidade da realização do diagnóstico da COVID-19, desde a declaração da pandemia associada ao vírus SARS-CoV-2, motivou a **consolidação e expansão da rede laboratorial do SNS** com o objetivo de garantir, no Outono-Inverno, a realização do diagnóstico laboratorial a todos os utentes do SNS com suspeita de infeção respiratória aguda, por testes de biologia molecular para a deteção de RNA viral em laboratórios com condições de biossegurança de nível 2.

A Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe<sup>3</sup>, coordenada pelo INSA, foi ampliada, incorporando atualmente 102 laboratórios<sup>4</sup> para a realização do diagnóstico laboratorial da infeção por SARS-CoV-2.

De forma a **garantir elevados padrões de qualidade laboratorial** é necessário que:

1. Todas as amostras biológicas sejam registadas no Sistema de Informação Laboratorial;

---

<sup>3</sup> Despacho n.º 16548/2009, de 10 de julho.

<sup>4</sup> 42 laboratórios hospitalares do SNS, 27 laboratórios privados e 33 laboratórios da academia.

2. A tutela clínica, técnica, certificação dos processos e a garantia da qualidade sejam da responsabilidade dos serviços de patologia clínica;
3. A **resposta laboratorial seja articulada a nível regional, pelas ARS**, através de uma inequívoca definição dos níveis assistenciais.

Por outro lado, os diretores dos laboratórios **devem garantir a notificação na plataforma SINAVE-Lab de todos os resultados laboratoriais**, nos termos da legislação vigente.

### 1.3.5. Resposta de medicamentos, dispositivos médicos e EPI

O **reforço de stocks e a reserva de medicamentos**, dispositivos médicos, EPI e testes laboratoriais **constitui um aprovisionamento crítico perante uma emergência de saúde pública**.

A resposta ao risco em Portugal no que diz respeito a medicamentos, dispositivos médicos, EPI e testes laboratoriais deve manter-se a dois níveis<sup>5</sup>:

1. O **reforço de stocks** de medicamentos, dispositivos médicos e EPI e testes laboratoriais pelas unidades de saúde do SNS;
2. O estabelecimento de uma **reserva estratégica** de medicamentos, dispositivos médicos, EPI e testes laboratoriais, com acompanhamento científico regular, de forma a manter atualizada a sua constituição.

Considerando a evolução do conhecimento científico relativo à COVID-19 é possível, planear a aquisição de:

1. Medicamentos específicos (**Remdesivir e outros que sejam aprovados pela EMA para utilização clínica em doentes com COVID-19**), cujo acesso deve ser baseado na melhor evidência científica.

---

<sup>5</sup> Despacho n.º 8057/2020 de 19 de agosto.

2. **Vacinas contra a COVID-19**, que serão administradas, após aprovação pela EMA, com carácter universal às populações elegíveis, tendo em atenção as indicações constantes dos respetivos resumos das características do medicamento.

A aquisição, armazenamento e distribuição dos artigos da reserva estratégica devem ser acompanhados de todos os mecanismos de controlo e monitorização dos seus *stocks*, de forma a garantir as condições adequadas de conservação destes artigos, a sua disponibilidade imediata sempre que necessário, a eficácia financeira, adaptabilidade, bom uso e eficiência da sua utilização, pelo que é importante **consolidar o modelo de gestão, interministerial, da reserva estratégica**, nomeadamente entre a Saúde, através da DGS, do Infarmed, do INSA, da ACSS, a da SPMS, e a Defesa, através do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos.

#### 1.4. RESPOSTA INTERSECTORIAL

A implementação de políticas e respostas de proximidade necessita de uma forte coordenação e articulação intersectorial a nível central, regional e local. Na preparação destas respostas é particularmente relevante **o papel de coordenação** regional e local, respetivamente, **das ARS e DSP**, dos ACES, ULS, USP e Unidades Hospitalares, bem como de outras áreas governamentais, em particular o Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social e o Ministério da Administração Interna, em estreita **articulação com os municípios e a sociedade civil**.

Com a experiência adquirida até ao momento, as **populações vulneráveis**, em particular as **pessoas mais velhas**, constituem uma prioridade de atuação, pelo que os **referenciais e normativos específicos devem merecer particular atenção à luz da melhor evidência disponível**.



### 1.4.1. Setor social e populações vulneráveis

No contexto da pandemia provocada pela COVID-19, importa prevenir o impacto desproporcional sobre as populações mais vulneráveis, particularmente em:

1. Residentes em ERPI;
2. Pessoas integradas na RNCCI;
3. Migrantes e refugiados;
4. Pessoas em situação de sem-abrigo ou de isolamento/exclusão social;
5. Pessoas com comportamentos aditivos.

O desenvolvimento de uma **estratégia intersectorial e de proximidade dirigida aos fatores de vulnerabilidade** permite minimizar as desigualdades e promover a equidade.

A melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida em territórios vulneráveis é conseguida, muitas vezes, através de intervenções dirigidas, integradas, sobre o eixo da saúde, social, económico, ambiental e urbanístico, que, por exemplo, através de uma linha de financiamento própria, visem dar algum poder de intervenção a comunidades vulneráveis. Estas experiências, implementadas através do **Programa Bairros Saudáveis**, devem ser exploradas, potenciadas e replicadas.

A diminuição das desigualdades, na perspetiva da saúde, necessita de uma especial atenção no acompanhamento das comorbilidades, problemas de saúde mental e comportamentos aditivos, mas também na promoção de estilos de vida saudáveis. As medidas de saúde preventivas, com especial enfoque na **alimentação saudável** e na **atividade física**, devem constituir um desígnio prioritário de intervenção nestas populações.

A experiência acumulada com pessoas com comportamento aditivos e com pessoas em situação de sem abrigo ou de isolamento/exclusão social demonstra a importância de reforçar o cumprimento das medidas de

prevenção e controlo de infeção, em respostas de proximidade, bem como, do acesso ao tratamento e cuidados de saúde adequados (incluindo mecanismos de mitigação da urgência dos consumos por privação), o que é conseguido através da articulação das estruturas envolvidas, de acordo com [Orientação n.º 035/2020, de 13/07/2020](#), emitida pela DGS.

O conhecimento acumulado até à data destaca a necessidade de consolidar o **plano de intervenção específico para as estruturas residenciais para idosos** (ERPI) que, numa base interministerial e intersectorial, com linhas de ação e acompanhamento a nível central, regional e local:

1. Seja desenhado com carácter prático e operacional, com uma aposta continuada na formação de todos os profissionais envolvidos e na literacia de todos os residentes.
2. Garanta a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção, incluindo a disponibilidade de EPI e a gestão de recursos humanos e equipas, de forma a organizá-la de acordo com a prestação de cuidados a pessoas com e sem suspeita ou confirmação de COVID-19;
3. Garanta a vacinação contra a gripe dos residentes e profissionais;
4. Garanta a realização de testes laboratoriais moleculares para SARS-CoV-2 antes da admissão, de forma adequada, garantindo respostas humanizadas e o conforto material nas situações de isolamento;
5. Assente no funcionamento de **equipas**, integradas pelas Autoridades de Saúde locais, Segurança Social e Proteção Civil, que sejam efetivas na decisão e implementação imediata de:
  - a. Triagem clínica dos casos suspeitos de acordo com a sua gravidade, para encaminhamento apropriado;
  - b. Testes laboratoriais para SARS-CoV-2 a todos os suspeitos e contactos de alto risco;

- c. Organização das pessoas em coortes e dos espaços (realojamento).

A **ocorrência de surtos** em ERPI pode condicionar uma maior pressão sobre as unidades hospitalares do SNS, o que deve ser mitigado através de medidas adequadas de triagem, testagem rápida e garantia de acompanhamento clínico adequado fora das unidades hospitalares do SNS. Apesar desta população apresentar, na generalidade, índices significativos de comorbilidades e dependência, **o internamento hospitalar não é necessário em todos os casos**, desde que seja:

1. Realizada uma **triagem adequada** com recurso a meios complementares de diagnóstico;
2. Garantida a **interrupção das cadeias de transmissão**;
3. Garantido o **seguimento clínico adequado**, fora das unidades de saúde, para as situações sem gravidade ou critérios de internamento, tal como acontece para a população geral que fica no domicílio.

Finalmente, devem ser garantidos os mecanismos de suporte social, conforto material e humanização destas estruturas, incluindo a realização segura, e adaptada ao contexto epidemiológico evolutivo, das visitas aos residentes.

## 2. RESPOSTA NÃO-COVID-19

No Outono-Inverno, os estabelecimentos e serviços do SNS organizam-se de forma a assegurar a manutenção de níveis assistenciais alinhados com as necessidades em saúde da população, garantindo a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade para todas as doenças e situações “não-COVID-19”, incluindo a dimensão da Medicina Preventiva.

Desta forma, deve ser facilitado e promovido o contacto por meios não presenciais, mas assegurando a prontidão da resposta presencial sempre que necessário, quer em contexto programado, quer em contexto não programado.

Para além do imperativo de se assegurar uma resposta assistencial que, através de mecanismos já existentes, promova o cumprimento dos direitos de acesso dos cidadãos às prestações de saúde necessárias, importa, ainda, que se assegurem níveis de resposta adequados em situação de promoção da saúde e prevenção a doença, sendo de particular relevo os rastreios oncológicos e os programas de saúde e de vigilância prioritários.

A organização da prestação de cuidados no SNS deve respeitar sempre a adoção de medidas locais que obviem ou minimizem o risco de transmissão da infeção, incluindo:

1. O estabelecimento da comunicação remota entre doentes, cuidadores e profissionais de saúde, sempre que possível e clinicamente adequado (incluindo o recurso à teleconsulta e telemonitorização);
2. O incentivo às respostas de proximidade nas deslocações em situação não programada que não apresentem necessidade de deslocação aos serviços de urgência hospitalares;
3. O acesso seguro e de proximidade aos medicamentos para a continuidade da terapêutica crónica.

Por outro lado, a **efetiva separação dos casos suspeitos e confirmados de SARS-CoV-2 ao longo dos vários níveis de cuidados do SNS compreende um dos aspetos mais críticos deste Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21**, implicando a **coordenação por parte das ARS**.

A capacidade instalada no SNS deve ser rentabilizada através da reorganização de recursos (recursos humanos, materiais, infraestruturas, equipamentos); do desfasamento de horários; da transferência de responsabilidade entre os hospitais do SNS, na área cirúrgica e das consultas externas; da celebração de protocolos e subcontratação para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

## 2.1. EMERGÊNCIA MÉDICA

A resposta “não-COVID-19”, no que concerne à gestão das situações agudas mais graves, particularmente aquelas que são referenciadas através do 112 (Número Europeu de Emergência) para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, assenta na articulação entre o INEM e os seus parceiros no Sistema Integrado de Emergência Médica.

Importa salientar que, neste enquadramento, a articulação direta entre SNS24 e o CODU tem vindo a assumir um papel fundamental, permitindo que as situações consideradas urgentes/emergentes pelo SNS24 sejam imediatamente encaminhadas para o INEM. Por outro lado, a interligação CODU-SNS24, garante o acesso a cuidados de saúde não urgentes/emergentes nas situações em que o recurso ao 112 não se justifica. Deste modo, a resposta na área da saúde é otimizada, mesmo quando a via utilizada pelos utentes para aceder aos cuidados não é a mais adequada.

Antecipando um aumento da procura e atividade na área da emergência médica no Outono-Inverno, serão tomadas medidas para:

1. Garantir uma resposta adequada a todos os pedidos de socorro e a identificação precoce de situações suspeitas de COVID-19, gerindo melhor o risco e o encaminhamento dos doentes/vítimas para os circuitos apropriados, através da **atualização contínua dos algoritmos, protocolos e procedimentos** do CODU e SNS24.
2. Garantir a resposta às emergências motivadas por descompensação ou agravamento clínico, através da **criação de protocolos e procedimentos específicos que promovam a eficiência da articulação intersectorial**.
3. Garantir o reforço das atividades assistenciais na área da saúde mental e do **apoio psicossocial de emergência**, através do reforço da resposta do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM e do Aconselhamento Psicológico do SNS24, incluindo para os profissionais de saúde.

## 2.2. ATIVIDADE PROGRAMADA

A constituição de uma **Task-force de resposta não-COVID-19**, constituída por elementos de cada ARS e na dependência do Ministério da Saúde, será um importante contributo enfrentar os desafios identificados para o Outono-Inverno, designadamente na **resposta assistencial**, nivelando a discussão com as estruturas e medidas implementadas para a resposta à pandemia COVID-19. Esta estrutura irá:

1. **Definir e assegurar a execução de um plano de contingência para a adaptação da atividade programada “não-COVID-19”**, de acordo com critérios clínicos, de qualidade e segurança, e de gestão eficiente, adaptáveis a nível local;

2. **Definir critérios de seleção dos utentes cujo seguimento possa ser assegurado**, pelo menos parcialmente, **por teleconsulta e telemonitorização**.

### 2.2.1. Resposta dos cuidados de saúde primários

A capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários para a resposta “não-COVID-19” é maximizada através da consagração de períodos dedicados ao atendimento:

1. Presencial, com pré-agendamento de toda a atividade assistencial programada, triagem presencial, reorganização dos horários de atendimento e dos espaços.
2. Em visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade, reforçadas sobretudo para as populações mais vulneráveis, independentemente do seu local de residência;
3. Não-presencial, baseado num atendimento telefónico qualificado e dedicado, que permita dar resposta às necessidades dos utentes, e no recurso a teleconsulta e telemonitorização, bem como de vias eletrónicas de comunicação.

A atividade assistencial nos cuidados de saúde primários é um pilar essencial para a saúde da população, pelo que devem continuar a ser asseguradas as atividades relacionadas com a vigilância de doentes crónicos, os rastreios oncológicos, os rastreios da visão, os programas de saúde materna, infantil, vacinação, planeamento familiar, saúde oral, assim como todas as outras atividades essenciais.

### 2.2.2. Resposta hospitalar

A resposta hospitalar “não-COVID-19” é fundamental para assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade e diminuir a morbimortalidade em

Portugal. No atual contexto epidemiológico, a resposta hospitalar necessita de ser dinâmica, flexível e capaz de uma rápida adaptação em função da evolução epidemiológica a nível nacional, regional e local.

Para o efeito deve ser criado um plano de contingência para a resposta hospitalar, coordenado a nível regional pelas ARS, e que permita a transição, se necessário, de uma fase de coexistência da resposta “não-COVID-19” e COVID-19, para uma fase de redistribuição de recursos e infraestruturas para outros serviços ou unidades dedicadas à resposta COVID-19. A existência desta **capacidade de rápida transição é de especial importância nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.**

De forma a maximizar a resposta e a capacidade hospitalar para a atividade “não-COVID-19”, serão implementadas, nomeadamente, as seguintes medidas:

1. Reforço do papel das equipas de gestão de altas na articulação com o sector social de forma a evitar o prolongamento do internamento por motivos sociais. Neste âmbito, a criação de hospitais de retaguarda, especialmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto constitui uma medida eficaz de melhoria da eficiência.
2. Reorganização da atividade assistencial no serviço de urgência, em articulação com os cuidados de saúde primários, de forma a **evitar a utilização do serviço de urgência em situações de triagem clínica de baixa gravidade** o que deve ser concretizado através do encaminhamento dos utentes classificados com a cor azul e verde, pela triagem de Manchester, para os cuidados de saúde primários<sup>6</sup>.
3. Incentivo à **cirurgia eletiva e de ambulatório**, com avaliação pré-operatória em modelos de *drive-through*.

---

<sup>6</sup> Previsto em Metodologia do Contrato-programa 2020 e Despacho n.º 5314/2020



4. Definição de **unidades ou serviços hospitalares “COVID-19 Free”**. A existência destas unidades (que podem ser definidas a nível micro, dentro de cada unidade hospitalar, ou a nível macro, alargando o conceito à totalidade de uma unidade hospitalar) pode permitir manter a resposta “não-COVID-19”, evitando a degradação do acesso em situações de crescimento epidémico significativo. Estas unidades ou serviços hospitalares devem cumprir todas as medidas de prevenção e controlo de infeção e manter o nível de alerta e preparação para gerir casos eventuais de COVID-19, em profissionais de saúde e utentes, como já se pratica nos Institutos de Oncologia.

De forma a assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade e em segurança continuará a **manter-se a disponibilização adequada de terapêutica transfusional e o acesso à transplantação**.

Igualmente, a área da **saúde mental** continuará a constituir uma aposta no sentido de reforçar o apoio, acompanhamento psicológico e a intervenção dirigida às pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, não esquecendo o potencial impacto das medidas não-farmacológicas de saúde pública no bem-estar físico, psicológico e social das pessoas, bem como a problemática da violência no ciclo de vida.

Finalmente, a atividade assistencial “não-COVID-19” é acompanhada de mecanismos que garantam a humanização dos cuidados de saúde, nomeadamente, através da garantia da presença de um acompanhante e da **retoma segura das visitas às pessoas internadas**.

### **2.2.3. Resposta da hospitalização domiciliária**

As unidades hospitalares do SNS continuarão a promover, num contínuo de integração com os cuidados de saúde primários, a RNCCI e outros parceiros, o incremento da oferta da hospitalização domiciliária, de forma a:

1. Proteger as pessoas com doenças e as famílias do contacto hospitalar desnecessário;
2. Proteger os profissionais de saúde;
3. Aumentar a capacidade de resposta hospitalar para a COVID-19, através da gestão eficiente da ocupação das camas hospitalares.

A expansão da hospitalização domiciliária em Portugal pode constituir, neste contexto epidemiológico, uma aposta vencedora. Por um lado, garantindo o aumento da capacidade hospitalar para enfrentar um crescimento epidémico da COVID-19, e, por outro, assegurando a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, nomeadamente, através da redução da taxa de mortalidade, dos reinternamentos e da infeção hospitalar, aliada a um aumento da satisfação das equipas de saúde, dos utentes, cuidadores e familiares.

#### 2.2.4. Resposta da RNCCI

A RNCCI, que inclui, para além da Rede Geral, a Rede de Saúde Mental e os Cuidados Continuados de Pediatria, tem demonstrado capacidade para minimizar a propagação e transmissão da infeção por SARS-CoV-2 junto dos utentes e profissionais, contribuindo para a **maximização da capacidade de resposta do SNS**.

A RNCCI deve manter as suas valências assistenciais de internamento, ambulatório e prestação de cuidados domiciliários, contribuindo para a sustentabilidade do SNS e da capacidade de resposta “não-COVID-19” das unidades hospitalares, através da **gestão eficiente da ocupação das camas hospitalares**.

Para tal, serão tomadas medidas para assegurar:

1. A **atualização**, em cada unidade, do respetivo **plano de contingência**, alinhado com este **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** e

os seus desafios e objetivos, incluindo a **gestão e proteção dos profissionais**;

2. A vacinação contra a gripe dos utentes e profissionais de saúde;
3. A realização de teste laboratorial molecular para SARS-CoV-2 antes da admissão, de forma adequada, garantindo respostas humanizadas e o conforto material nas situações de isolamento Doentes testados previamente à admissão na Unidade – obrigatoriedade de teste negativo na admissão;
4. O reforço de *stocks* de medicamentos, dispositivos médicos e EPI;
5. A separação de circuitos para doentes com suspeita de infeção respiratória e confirmação de COVID-19, bem como dos seus contactos de alto risco;
6. A retoma e manutenção segura, e adaptada ao contexto epidemiológico evolutivo, das visitas aos utentes, de forma a humanizar a prestação de cuidados;
7. A monitorização contínua da situação epidemiológica na RNCCI e o acompanhamento periódico pelas Equipas de Coordenação Local.

### 2.2.5. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

A realização atempada de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) é essencial à prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação.

Várias medidas podem contribuir para a manutenção da respetiva realização atempada, evitando constrangimentos na atividade programada “não-COVID-19”:

1. Criação de **“drive-through pré-operatórios”** fora das unidades hospitalares para a realização dos exames pré-operatórios, incluindo, quando indicado, o teste laboratorial para SARS-CoV-2;

2. Implementação de procedimentos para a **colheita de amostras biológicas em proximidade**, fora das unidades hospitalares, incluindo no domicílio.

Os exames complementares de diagnóstico devem ser realizados em segurança, quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde, o que implica:

1. A **implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção** por todas as unidades onde sejam realizados exames complementares de diagnóstico e terapêutica, através de planos de contingência, incluindo a utilização adequada e racional de EPI;
2. A definição de uma **estratégia nacional de testes laboratoriais para SARS-CoV-2** que adegue a sua realização ao risco dos exames, nomeadamente de geração de aerossóis.

### 2.3. DISPENSA DE MEDICAMENTOS EM PROXIMIDADE

A disponibilização de um **serviço de proximidade para a dispensa de medicamentos** conta com a intervenção das entidades, nomeadamente de distribuidores por grosso de medicamentos de uso humano e de farmácias comunitárias.

Para tal, durante o período de pandemia, devem ser adotadas modalidades de proximidade de forma a que, sem descurar a qualidade, eficácia e segurança da disponibilização dos medicamentos:

1. Os medicamentos dispensados na farmácia hospitalar, em regime de ambulatório, possam ser dispensados nas farmácias comunitárias indicadas pelos utentes, ou em farmácias hospitalares de proximidade ou no seu domicílio, enquanto a situação epidemiológica do país assim o justificar.

2. O transporte dos medicamentos dispensados em farmácia hospitalar possa ser efetuado pela própria unidade hospitalar, por distribuidores por grosso de medicamentos de uso humano devidamente autorizados para o efeito ou por farmácias comunitárias, de acordo com as boas práticas de distribuição de medicamentos de uso humano.

De forma a agilizar a renovação da dispensa da medicação crónica, particularmente neste período de pandemia, devem ser:

1. Incentivados canais de comunicação entre médicos e farmacêuticos;
2. Desburocratizados os procedimentos de dispensa e renovação da medicação crónica;
3. Facilitados os meios de articulação entre o utente e o agendamento da dispensa de proximidade;
4. Garantidos os mecanismos para uma maior articulação de proximidade entre os utentes e as farmácias comunitárias (mesmo remotamente, por exemplo, através da Linha 1400).

### 3. LITERACIA E COMUNICAÇÃO

A **promoção da literacia em saúde, a comunicação e a mobilização social** são essenciais na preparação e resposta adequadas a uma emergência em saúde pública.

Por isso, é fundamental garantir a confiança e segurança na informação prestada através de uma **comunicação clara, transparente, coordenada e dirigida aos diversos públicos-alvo**.

O reforço estratégico da comunicação sustentar-se em três pilares centrais – **comunicação interna, comunicação externa e mobilização social**, que são peças-chave na promoção da Literacia em Saúde:

1. A **comunicação interna** é uma ferramenta de gestão das equipas e de promoção de uma articulação fluída entre os elementos de trabalho. A articulação entre as diferentes estruturas de nível nacional, regional e local, de acordo com os níveis de acesso e fluxo de informação já estabelecidos, reveste-se da maior importância, de forma a uniformizar as mensagens e os elementos de comunicação a divulgar.
2. A **comunicação externa**, deve continuar o seu enfoque na comunicação de risco e de crise, com partilha e divulgação dos pontos de situação e na promoção da literacia em saúde face às medidas preventivas a adotar pela população. Pretende-se que a informação seja clara, transparente e adequada às diferentes fases da epidemia, respondendo às necessidades da população e tendo um especial enfoque no combate às notícias falsas (*fake news*), geradoras de comportamentos de risco.
3. Deve ser incrementada a aposta na **mobilização social**, de forma a envolver as pessoas, compartilhando conhecimentos e

responsabilidades, assegurando a adesão às medidas protetoras, criando uma ponte entre a literacia científica e a literacia cívica e cultural e conseqüentemente minimizando a disrupção social.

### 3.1. PLANO DE COMUNICAÇÃO

O plano de comunicação deve espelhar continuamente o alinhamento deste **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** com a sua visão: **preparar o sistema de saúde português e o SNS para o Outono-Inverno no atual contexto pandémico, mantendo a atividade assistencial programada, proteger as populações mais vulneráveis e contribuir para a resiliência da sociedade através da saúde pública.**

A operacionalização da comunicação será concretizada pela realização de diferentes ações de promoção da literacia em saúde, com enfoque em grandes temas centrais na adequação de medidas de prevenção e controlo, concretizando e apoiando a execução do planeado nos vários eixos deste **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21.**

A abordagem comunicacional terá de considerar e adotar estratégias que permitam compreender o que motiva o comportamento e facilita a adoção de comportamentos saudáveis protetores da saúde, adequando desta forma os canais, métodos e meios a utilizar.

#### 3.1.1. Proteção e envolvimento dos profissionais de saúde

Enquanto grupo profissional crítico na resposta às necessidades assistenciais e tendo em conta o seu papel na boa resposta do SNS, deverá ser garantida uma comunicação de caráter informativo e formativo, dirigida aos profissionais de saúde, nomeadamente através da produção de materiais informativos e de ações de formação sobre o conteúdo deste **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21.**

### 3.1.2. Segurança e confiança no acesso ao SNS

A promoção da literacia em saúde de utentes, famílias e cuidadores, de organizações representativas de utentes e associações de doentes, deve ser alvo de uma campanha dedicada que aborde diversos temas:

1. **Acesso aos cuidados de saúde** durante o Outono-Inverno, nomeadamente: atividade programada, horários, respostas presenciais e não presenciais;
2. **Separação de circuitos e circuitos seguros;**
3. **Incentivo à utilização do SNS24** para a triagem, aconselhamento e encaminhamento remotos;
4. **Incentivo à utilização da aplicação Stayaway COVID**
5. Incentivo ao **encaminhamento dos casos menos urgentes** de acordo com a triagem de Manchester **para os cuidados de saúde primários**, promovendo um acompanhamento de proximidade de doentes crónicos que evite a sua descompensação;
6. Projetos de **dispensa de medicamentos em proximidade.**

### 3.1.3. Risco de contágio e propagação do vírus SARS-CoV-2

É fundamental o reforço das campanhas e produtos de comunicação, adaptados aos diferentes públicos, relacionados com as medidas não farmacológicas de prevenção e controlo da infeção por SARS-CoV-2, extensíveis a outras infeções respiratórias, como a gripe.

Em particular, continuarão a ser desenvolvidas ações específicas para setores de atividade, especialmente vocacionados para o **estabelecimentos de ensino, locais de trabalho e atividades culturais**, entre as outros.

As épocas festivas celebradas durante o Outono-Inverno são momentos de convívio, habitualmente em espaços fechados, que podem propiciar as condições mais favoráveis para a propagação e transmissão do vírus SARS-



CoV-2, pelo que a preparação de campanhas específicas para estas ocasiões são fundamentais para o cumprimento das medidas não-farmacológicas de prevenção e controlo de infeção.

#### **3.1.4. Campanhas de vacinação contra a gripe e a COVID-19**

A promoção da vacinação será alvo de uma campanha alargada, com o envolvimento de ordens profissionais, no âmbito de um protocolo assinado com a DGS, destinada não apenas à população em geral, mas também aos grupos de maior risco, às populações mais vulneráveis e aos profissionais de saúde.

#### **3.1.5. Proteção das populações mais vulneráveis**

A próxima época sazonal Outono-Inverno acarreta vários riscos para a saúde das populações, nomeadamente as baixas temperaturas e o risco da gripe e outras infeções respiratórias agudas, que este ano, se agrava pelo contexto imposto pela pandemia de COVID-19.

Num período de maior pressão para o SNS importa reforçar as mensagens e os produtos focados na saúde sazonal, em particular para as populações mais vulneráveis.

Entre outras ações, este reforço deverá passar pela divulgação de recomendações, manuais e informações dirigidas a diferentes públicos-alvo, nomeadamente a residentes de ERPI, população migrante e refugiada, entre outros.

Para o efeito é essencial o estabelecimento de parcerias com entidades de vários sectores, com destaque para as entidades que garantem, a nível municipal, as respostas de proximidade.

### 3.1.6. Promoção de estilos de vida saudável

Devem ser promovidas campanhas ou produtos comunicacionais especialmente focados nas áreas elencadas neste **Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21** para, independentemente de outros temas que venham a revelar-se prioritários no decurso do período de Outono-Inverno:

1. Estilos de vida saudável (alimentação, atividade física, abstinência ou redução do uso de substância psicoativas, lícitas ou ilícitas, de forma a promover o bem-estar físico, psicológico e social);
2. Vacinação;
3. Doenças cérebro-cardiovasculares: via verde coronária e via verde AVC;
4. Saúde Mental;
5. Doenças oncológicas, incluindo o incentivo aos rastreios;
6. Outras doenças crónicas;
7. Programas de saúde e de vigilância prioritários.