



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

CIRCULAR
NORMATIVA

Direção Regional da Saúde

SAÍDA 2022/466

23-03-2022 17:20

DRS

Assunto: COVID-19: Condição pós-COVID-19 –
Adaptação da Norma nº 002/2022 de
17/03/2022 da DGS

Para: Profissionais de Saúde em funções nas
unidades de saúde integrados no Serviço Regional
de Saúde

A Direção-Geral da Saúde publicou a Norma nº 002/2022, cuja principal finalidade é definir linhas orientadoras de diagnóstico e de abordagem clínica da Condição pós-COVID-19, uma entidade clínica recente e em crescimento, que pode interferir na qualidade de vida e capacidade funcional das pessoas, pelo que a Direção Regional da Saúde vem pela presente circular adotar na íntegra a referida norma, para aplicação na Região Autónoma da Madeira.

Dirigida aos profissionais de saúde, a Norma indica os sintomas que ocorrem em pessoas com história de infeção por SARS-CoV-2, habitualmente três meses após o início da fase aguda e com, pelo menos, dois meses de duração. Os sintomas são variáveis e abrangentes e não são explicados por diagnóstico alternativo, sendo os mais frequentes a fadiga, dispneia, alterações de olfato e do paladar, depressão/ansiedade e disfunção cognitiva.

O principal objetivo da abordagem da Condição pós-COVID-19 é o reconhecimento precoce de sintomas e sinais que possam indiciar complicações graves, com vista à recuperação da pessoa afetada.

O modelo de abordagem estabelecido nesta Norma será um referencial para a abordagem de utentes com diagnóstico confirmado ou com forte suspeita clínica de COVID-19 que apresentem sintomas persistentes além da fase aguda (primeiras quatro semanas após o início de doença).

O documento sustenta que os utentes de maior risco para Condição pós-COVID-19 no âmbito de uma abordagem individualizada, devem ser alvo de avaliação clínica e seguimento.

O Diretor Regional

Herberto Jesus

Anexo: Norma 002/2022 de 17/03/2022 (30 págs.)

DPESG - BG/IM



NORMA

NÚMERO: 002/2022
DATA: 17/03/2022

ASSUNTO: **COVID-19: Condição pós-COVID-19**
PALAVRAS-CHAVE: Condição pós-COVID-19; COVID-19; SARS-CoV-2; referenciação; reabilitação; continuidade de cuidados.
PARA: Serviço Nacional de Saúde
ALGORITMO INTERATIVO: https://uphillhealth.com/uphill/pathways/post_covid-19_condition
CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

A pandemia causada pela infeção por SARS-CoV-2 continua a originar um número crescente de pessoas que recuperam da COVID-19. Apesar do prognóstico ser ainda desconhecido, a magnitude de casos fez emergir dados científicos e clínicos que indicam que pode existir morbidade após a fase aguda, traduzida por sintomas persistentes e/ou complicações de longo prazo. ⁽¹⁻³⁾ Esta apresentação clínica, embora tomando diferentes designações na bibliografia atual, é, na presente Norma, denominada de Condição pós-COVID-19. ⁽⁴⁾

A **Condição pós-COVID-19** é considerada uma entidade em crescimento, cuja fisiopatologia não está, ainda, esclarecida. Esta entidade apresenta atingimento multiorgânico, frequentemente associado a um conjunto de sintomas heterogéneos, que podem persistir, surgir ou recorrer após o quadro agudo. Porém, não é claro se este conjunto de sintomas representa uma síndrome clínica específica associada à COVID-19 ou se, pelo contrário, possa corresponder a uma resposta inespecífica, que pode ser encontrada noutras doenças infecciosas com características semelhantes. ⁽³⁾

Como resultado da evolução e transição fenotípica viral e da generalização da vacinação contra a COVID-19, assistiu-se a uma alteração epidemiológica e clínica da COVID-19. Por conseguinte, começam a surgir alguns dados sobre alterações da incidência e do espetro semiológico da Condição pós-COVID-19. ^(5,6)

Assim, as decisões e abordagens à Condição pós-COVID-19 devem ter em conta a sua complexidade, enquanto entidade clínica, e devem ser fundamentadas no conhecimento científico, em constante evolução, na avaliação clínica da gravidade da doença e do seu impacto

no dia-a-dia, permitindo definir estratégias e linhas orientadoras de abordagem, investigação e intervenção.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Norma:

Definição de Condição pós-COVID-19

1. A Condição pós-COVID-19 é definida pelo espectro de sintomas que ocorre em pessoas com história provável ou confirmada de infeção por SARS-CoV-2, nos termos da Norma 020/2020 da DGS, habitualmente 3 meses após início da fase aguda e com, pelo menos, 2 meses de duração. Os sintomas podem desenvolver-se durante ou após a infeção aguda por SARS-CoV-2, apresentam impacto na qualidade de vida da pessoa afetada e não são explicados por diagnóstico alternativo. ⁽⁴⁾
2. A infeção aguda por SARS-CoV-2, denominada, doravante, por fase aguda, é definida pelas primeiras 4 semanas após início de doença. ^(7, 8). O início da fase aguda é definido por:
 - a. Primeiro dia de sintomas, nas pessoas sintomáticas;
 - b. Data do teste laboratorial para SARS-CoV-2 que confirmou o diagnóstico, nas pessoas assintomáticas ou incapazes de datação do dia de início de sintomas.
3. O diagnóstico da Condição pós-COVID-19 é clínico e deve ser considerado quando existe forte suspeita, mesmo na ausência de história de teste para SARS-CoV-2 positivo. ^(7, 9, 10)
4. O espectro de sintomas mais frequentes na Condição pós-COVID-19 inclui fadiga ⁽¹¹⁻²¹⁾, dispneia ^(11-14, 16-20, 22, 23), alterações do olfato ^(11, 13-16, 18, 19, 22) e do paladar ^(11, 13-16, 18, 22), depressão/ansiedade ^(12, 19, 20, 23) e disfunção cognitiva ^(12, 18, 21).
5. A abordagem da Condição pós-COVID-19 tem como principais objetivos o reconhecimento precoce de sintomas e sinais sugestivos de complicações graves e ameaçadoras da vida e a recuperação sintomática e funcional. ⁽²⁴⁾

6. Os profissionais de saúde devem conhecer as características clínicas da Condição pós-COVID-19 por forma a garantir uma abordagem e seguimento clínicos adequados.
7. O modelo de abordagem à Condição pós-COVID-19 estabelecido na presente Norma, aplica-se aos utentes com diagnóstico confirmado de COVID-19, que, durante a fase aguda, estiveram em autocuidados no domicílio, foram acompanhados pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou foram referenciados às unidades de CSP após alta hospitalar por COVID-19, e que apresentam suspeita de Condição pós-COVID-19.
8. De acordo com o disposto no ponto 3 da presente Norma, podem ser incluídas as pessoas com forte suspeita clínica, mesmo na ausência de teste para SARS-CoV-2 positivo. ^(7, 9, 10)
9. A nível local e regional, as equipas de ligação entre os CSP e cuidados hospitalares devem otimizar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados.
10. A nível hospitalar, as instituições devem promover o trabalho multidisciplinar e multi-especializado, através de um circuito que permita uma adequada articulação com os CSP, no âmbito da gestão da Condição pós-COVID-19 e numa ótica de continuidade de cuidados. ⁽⁵⁻⁷⁾

Suspeita de Condição pós-COVID-19 e Seguimento Clínico

11. O esclarecimento sobre a evolução natural da recuperação após o quadro agudo e a informação sobre a Condição pós-COVID-19 deve ser fornecido aos utentes com COVID-19, nos termos da Norma 020/2020 da DGS (Anexo 1).
12. A calendarização para seguimento clínico das pessoas com suspeita de Condição pós-COVID-19 definida na presente Norma não exclui uma avaliação e investigação mais precoces, de acordo com a avaliação clínica e as necessidades de cada utente. ⁽²⁴⁾
13. No âmbito da avaliação clínica individualizada, os utentes com apresentação clínica mais grave e/ou maior número de sintomas na fase aguda, devem ser considerados com maior risco de desenvolver Condição pós-COVID-19. ^(20, 26)

14. Os utentes que, aquando do fim das medidas de isolamento, nos termos da Norma 004/2020 da DGS, apresentem risco de evolução para Condição pós-COVID-19 devem realizar uma avaliação clínica, preferencialmente por teleconsulta, entre as 4 a 6 semanas após o início da fase aguda. ^(1, 25) A tipologia da avaliação deve ser ajustada de acordo com a necessidade clínica e em decisão partilhada com o utente.

15. Os utentes com história de COVID-19 que procurem cuidados de saúde com manifestações suspeitas de Condição pós-COVID-19 devem ser avaliados de acordo com a presente Norma.

16. Para efeitos do disposto no número anterior, no âmbito da avaliação clínica individualizada, os utentes com apresentação clínica mais grave e/ou maior número de sintomas na fase aguda, devem ser considerados com maior risco de desenvolver Condição pós-COVID-19. ^(20, 26)

17. A avaliação clínica inicial deve incluir:
 - a. História da doença atual, incluindo evolução temporal da doença, duração e gravidade dos sintomas, existência de complicações e estratégias terapêuticas;
 - b. Evolução da recuperação, nomeadamente a resolução dos sintomas da fase aguda;
 - c. Persistência ou surgimento de sintomas de novo;
 - d. Retorno ao estado funcional prévio à COVID-19, nomeadamente retorno ao trabalho/escola, execução das atividades de vida diária, incluindo atividade física e bem-estar global.

18. Como complemento da avaliação clínica inicial, pode ser considerada a aplicação de um questionário (Anexo 2), como ferramenta de apoio ao rastreio de sintomas persistentes.

19. Com base na avaliação inicial e na estratificação da gravidade (Fluxograma 1):
 - a. Na ausência de sintomatologia persistente com impacto na qualidade de vida, devem ser promovidos os **autocuidados** e a **retoma progressiva às atividades de vida diária** com um estilo e hábitos de vida saudáveis (Anexo 3);
 - b. **Consulta para avaliação presencial**, entre as **6 e as 8 semanas** após início da fase aguda, nos utentes que apresentem uma recuperação mais lenta e com

impacto na qualidade de vida, ou que apresentam sintomas persistentes, progressivos ou de novo;

- c. **Observação no serviço de urgência** hospitalar, na presença de sintomas de alarme identificados na avaliação clínica. ^(10, 27, 28)

20. A avaliação presencial dos utentes com suspeita de Condição pós-COVID-19 deve ser adaptada ao contexto individual do utente, às principais manifestações clínicas e ao envolvimento de diferentes sistemas e órgãos, tendo em consideração possíveis diagnósticos alternativos.

21. Na primeira consulta presencial, para além da avaliação clínica, a investigação diagnóstica deve ser dirigida, podendo ser considerados exames complementares de diagnóstico, de acordo com a suspeita clínica e semiologia apresentada.

22. Deve ser agendada uma consulta médica presencial subsequente, **após as 12 semanas do início da fase aguda**, para reavaliação clínica e análise dos exames complementares de diagnóstico.

Abordagem Clínica da Condição pós-COVID-19

23. Em qualquer altura da avaliação clínica, devem ser pesquisados sinais de alarme os quais, quando presentes, devem motivar referência para o Serviço de Urgência ^(10, 27, 28):

- a. Dispneia súbita ou em repouso;
- b. Febre de novo associada a dor torácica com características pleuríticas;
- c. Toracalgia pleurítica e/ou toracalgia com características de angor;
- d. Alteração do estado de consciência;
- e. Défices neurológicos focais, de novo;
- f. Cefaleia súbita e intensa;
- g. Sintomas psiquiátricos graves com risco de suicídio.

24. A avaliação analítica não está recomendada por rotina, sendo determinada pela gravidade da fase aguda, pelas alterações analíticas decorrentes da mesma e pelos sintomas presentes. ⁽¹⁰⁾

25. A avaliação imagiológica do tórax, com radiografia, está recomendada 12 semanas após o início da fase aguda nos utentes com ^(8, 28):
- História de infiltrados pulmonares ou alterações respiratórias diagnosticadas e não resolvidas;
 - Sintomas respiratórios persistentes, de novo ou a agravar;
 - Alterações cardiopulmonares ao exame clínico.
26. A realização de provas funcionais respiratórias (PFR), incluindo espirometria com prova de broncodilatação e avaliação da difusão de monóxido de carbono, está indicada 12 semanas após início da fase aguda nos utentes com ⁽²⁸⁾:
- Sintomas respiratórios progressivos ou persistentes;
 - Alterações imagiológicas persistentes;
 - Envolvimento pulmonar grave/extenso na fase aguda da COVID-19;
27. Na presença de sintomas persistentes da via aérea superior, suspeita de causa anatómica/ lesão ocupando espaço e/ou não resolução do quadro de alterações do olfato e/ou paladar, deve ser considerada a realização de estudo imagiológico por TAC.
28. A realização de uma eletrocardiograma (ECG) está indicada nas situações de dor torácica ou palpitações persistentes, no contexto de fadiga persistente ou dispneia não explicada por causas respiratórias. ^(1, 8, 29)
29. Na presença de sintomas de disautonomia ou de palpitações prolongadas, está indicada a realização de um Holter de 24 horas. ⁽⁸⁾
30. Para a avaliação da necessidade de reabilitação e estratificação do nível de referência dos cuidados deve ser aplicada a escala *Post-COVID Functional Status (PCFS)* (Anexo 7). ⁽³⁰⁾
31. A nível comunitário, o acompanhamento dos cuidados de reabilitação das pessoas com Condição pós-COVID-19 deve ser assegurado por profissionais com resposta diferenciada em reabilitação.

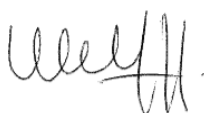
Terapêutica e Referenciação

32. Na presença de dispneia persistente ^(8, 10, 31-33) (Anexo 4):
- Para os casos ligeiros (mMRC 0-1), sem comorbilidades respiratórias prévias ou patologia cardíaca responsável pelas queixas, devem ser aconselhados exercícios e técnicas de controlo da respiração (Anexo 5);
 - Os casos moderados a graves com sintomatologia (mMRC ≥ 2) e/ou com saturação baixa (SpO₂ < 92%) persistentes, devem ser referenciados para consulta de pneumologia e considerados para reabilitação respiratória.
33. Na presença de tosse persistente e, na ausência de suspeita de complicações, deve ser realizado tratamento sintomático através de exercícios e técnicas de controlo da respiração (Anexo 5) e, de acordo com benefício clínico, caso-a-caso, através da utilização de antitússicos, broncodilatadores ou opióides. ^(8, 10, 31)
34. Na presença de dor torácica persistente e, na ausência de suspeita de complicações ou sinais de alarme, deve ser realizado tratamento sintomático com analgésicos e reavaliada se manutenção ou agravamento. ^(8, 31)
35. Na presença de sintomas de intolerância ortostática ou disautonomia, deve ser realizado tratamento conservador com educação e aconselhamento ao utente, que inclui: exercício físico regular (treino aeróbio e de força resistente com intensidade adaptada à condição clínica e funcional), exercícios isométricos, exposição gradual ao ortostatismo, reposição hídrica e salina, evicção de fatores predisponentes e utilização de vestuário de compressão. ^(8, 29)
36. Nos utentes que apresentem fadiga com limitação das atividades de vida diária e resposta mal adaptativa a estímulos físicos, cognitivo, mental ou emocional, a utilização de estratégias educacionais de autogestão e otimização da conservação da energia (Anexo 6) podem ter um impacto importante na recuperação da qualidade de vida. ^(7, 32-35)
37. Os utentes com sintomas cognitivos, incluindo perturbação da memória, da concentração e da capacidade de resolução de problemas, devem receber aconselhamento e informação

sobre estratégias para gerir expectativas e para aliviar o stress/ansiedade, exercícios de treino cognitivo (exercícios de memória, puzzles, jogos e livros) e ferramentas de compensação (listas, notas, lembretes e divisão de tarefas). ^(32, 33)

38. Os utentes com sintomas psiquiátricos (ansiedade, depressão, perturbação do sono), devem receber intervenções iniciais breves com base nos princípios da terapia cognitivo-comportamental, gestão do stress, resolução de problemas, treino do relaxamento e conselhos sobre higiene do sono. ^(31, 33)
39. Nos utentes com sintomas neuropsiquiátricos persistentes, o seu tratamento/intervenção deve ser considerado de acordo a prática clínica habitual.
40. Para a hipósmia/anósmia, com ou sem ageusia/ disgeusia, na ausência de tratamento específico dirigido, deve ser considerado o treino olfativo. ⁽³³⁾
41. Nos utentes com suspeita de Condição pós-COVID-19, após investigação inicial em Cuidados de Saúde Primários que reúnam critérios de referenciação, devem ser referenciados para consulta hospitalar ou para consultas/equipas hospitalares integradas e multidisciplinares, se existentes:
 - a. Aos utentes com sintomas cognitivos persistentes, deve ser considerada a referenciação hospitalar se sintomas com duração superior a um mês, com incapacidade total para o exercício da atividade profissional ou se cronicidade (mais que 12 semanas) dos mesmos com ou sem incapacidade profissional associada (excluídas causas reversíveis).
 - b. Os utentes com ansiedade ou depressão graves ou suspeita de síndrome de perturbação pós-traumática devem ser referenciados para serviços diferenciados de saúde mental.
 - c. Os utentes com sintomas sensitivos (parestesias, disestesias, hipostesia termo-álgica ou proprioceptiva) ou défice motor de novo associado à infeção a SARS-CoV-2, devem ser referenciados para a consulta hospitalar de Neurologia.
 - d. Os utentes com alterações do olfato e/ou paladar persistentes, com duração superior a 12 semanas desde o início da fase aguda, devem ser referenciados para consulta hospitalar de Otorrinolaringologia;

- e. Na suspeita de doença do interstício pulmonar, o utente deve ser referenciado para consulta hospitalar de Pneumologia;
 - f. Na suspeita de tromboembolismo pulmonar, o utente deve ser orientado de acordo com a prática clínica habitual.
 - g. Os utentes com fadiga persistente e com maior limitação funcional associada a fraqueza muscular ou a descondicionamento, devem ser referenciadas para Medicina Física e Reabilitação (MFR). ⁽³⁵⁾
42. Deve constar no processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
43. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.



Graça Freitas

Diretora-Geral da Saúde



ALGORITMO CLÍNICO INTERATIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

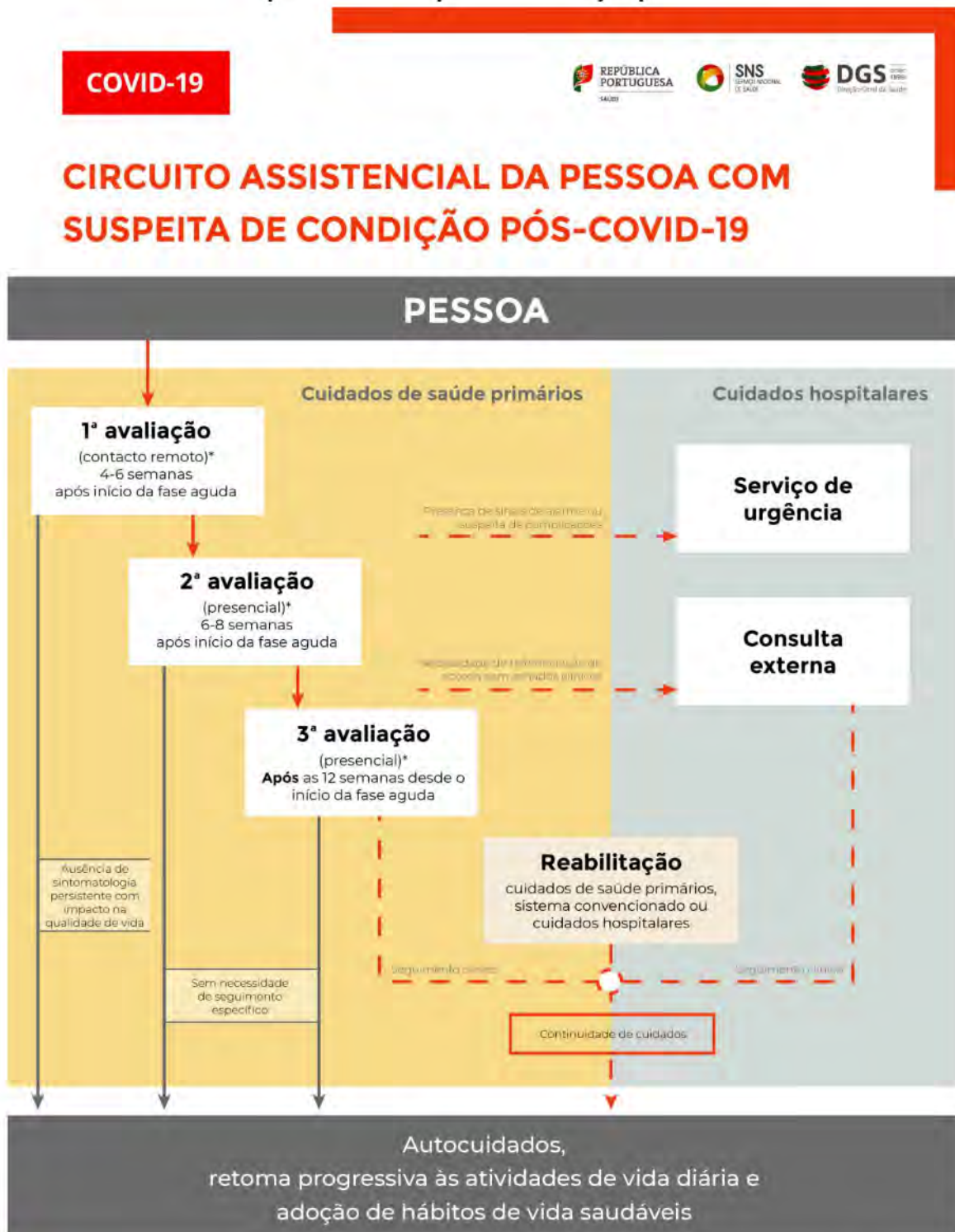
Utilize o código QR para
abrir o algoritmo em
aplicação móvel.

Parceria DGS - UpHill

https://uphillhealth.com/uphill/pathways/post_covid-19_condition

FLUXOGRAMA 1

Circuito assistencial da pessoa com suspeita de Condição pós-COVID-19



* A calendarização e tipologias propostas podem ser ajustadas à situação clínica e características individuais da pessoa

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

- A. Devido à escassez de dados robustos sobre a Condição pós-COVID-19, a prevalência de pessoas infetadas por SARS-CoV-2 que apresenta sintomas que persistem além da fase aguda é complexa de estimar. Ainda assim, estudos indicam que cerca de 46-69%^(12, 14, 23) e 13-65%^(11, 36) das pessoas continua a apresentar algum sintoma, respetivamente, 4-6 e 12 semanas após a fase aguda.
- B. A Condição pós-COVID-19 é reconhecida como uma entidade debilitante, com repercussões funcionais potencialmente graves, as quais interferem com a qualidade de vida e capacidade laboral das pessoas afetada, com óbvio impacto socioeconómico.^(9, 11)
- C. A persistência dos sintomas além das 4 semanas tem vindo a ser pouco estudada nos CSP, local de acompanhamento da maioria das infeções por SARS-CoV-2.⁽³⁷⁾
- D. As boas práticas para a gestão clínica da Condição pós-COVID-19 devem assentar numa visão integrada de multidisciplinaridade, multi-especialidade e continuidade de cuidados, através da criação e definição de novos circuitos de cuidados para o utente, ao longo dos vários níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde^(9, 10, 25).
- E. Alguns mecanismos potencialmente envolvidos na etiopatogenia da Condição pós-COVID-19 incluem: persistência do vírus no organismo, respostas imunológicas anormais e lesão inflamatória durante a infeção aguda e mecanismos de autoimunidade pós-viral.⁽³⁸⁾
- F. O processo de recuperação da COVID-19 é entendido como um contínuo clínico, com diferentes objetivos ao longo do processo de doença⁽⁸⁾:
- Durante a fase aguda, o foco principal é detetar e tratar complicações associadas à COVID-19;
 - Após a fase aguda, a abordagem centra-se na avaliação e gestão dos sintomas persistentes.
- G. A sintomatologia que se desenvolve e estabelece após a infeção por SARS-CoV-2 é variável e abrangente (**Tabela 1**), estando descritos mais de 200 sintomas⁽³⁹⁾. A clínica não está

relacionada com risco de transmissão e apresenta semelhanças com as manifestações encontradas no quadro pós-infeccioso a outros coronavírus ⁽¹⁾.

Tabela 1: Condição pós-COVID-19 – Sinais e sintomas mais comuns

Sistema	Sinais e sintomas
Cardiorrespiratório	Dispneia ^(3, 11, 12, 14, 16-20, 22, 23, 40-45) , tosse ^(3, 17, 18, 23, 40, 41, 44) , dor / opressão torácica ^(3, 14, 17, 23, 44, 45)
Neuropsiquiátrico	Alterações da memória e concentração ^(12, 16, 18, 21, 40, 44-46) , cefaleia ^(3, 12, 17-19, 40, 45) , tonturas ^(17, 45) , alteração do olfato ^(3, 11, 12, 14-16, 18, 19, 22, 40, 44, 45) , alteração do paladar ^(3, 11, 12, 14-16, 18, 22, 40, 44, 45) , depressão/humor depressivo ^(19, 43, 45, 46) , ansiedade ^(12, 19, 20, 23, 43, 45, 46) , perturbações do sono ^(12, 19, 23, 41, 43, 45, 47)
Geral / constitucional	Fadiga e incapacidade funcional ^(3, 11, 12, 15-21, 23, 40-45, 47) , perda de peso ⁽²³⁾
Músculo-esquelético	Artralgias ^(12, 17, 19, 40) , mialgias ^(12, 16, 17, 40, 43, 45)
Outros (menos frequentes)	Dor abdominal, náuseas, diarreia, anorexia, disfagia, alopecia ⁽¹⁸⁾ .

- H. A existência de sintomatologia pós-aguda não parece estar relacionada exclusivamente com a gravidade e natureza dos sintomas na fase inicial da doença, surgindo também em pessoas com quadro agudo ligeiro a moderado. É, sobretudo, nestes que o conhecimento sobre os sintomas persistentes é mais escasso, existindo, no entanto, dados que indicam uma prevalência elevada de sintomas persistentes nestes casos. ^(12, 15, 16, 23, 37, 44)
- I. A suscetibilidade de desenvolver sintomas persistentes pode relacionar-se, também, com a idade ^(15, 17, 40, 44, 48), com a existência de comorbilidades prévias ^(17, 22, 44), com a necessidade de hospitalização ^(14, 20, 48) com o sexo feminino ^(11, 21, 40, 43, 48)
- J. Não é ainda conhecido o impacto das variantes mais recentes na apresentação clínica da Condição pós-COVID-19, atendendo ao surgimento relativamente recente e à inexistência de dados robustos sobre seguimento a longo prazo de pessoas infetadas com estas variantes. ⁽⁴⁹⁾
- K. A introdução da vacinação contra a COVID-19 demonstrou ser eficaz na redução sintomática e gravidade da fase aguda (menor número de sintomas e risco de hospitalização) bem como na duração dos sintomas após fase aguda. Alguns dados recentes, apontam para a existência de eficácia na redução da probabilidade de desenvolver Condição pós-COVID-19. ^(5, 6)

- L. As recomendações existentes sobre a abordagem da Condição pós-COVID-19 baseiam-se na experiência clínica com utentes que recuperaram da COVID-19, dados crescentes sobre sintomas persistentes após a fase aguda e na extrapolação de recomendações de outras entidades clínicas semelhantes. ⁽⁸⁾
- M. Atendendo a que se trata de uma entidade nosológica recente e cujo conhecimento tem vindo a aumentar gradualmente, o nível e o tipo de cuidados pode e deve ser ajustado à evidência científica, em constante evolução.
- N. Exames complementares de diagnóstico:
- A maioria dos utentes com formas ligeiras a moderadas não necessita de avaliação analítica*;
 - Dada a inespecificidade da avaliação analítica no contexto da Condição pós-COVID-19, a sua utilização principal prende-se com o diagnóstico diferencial com outras patologias que podem apresentar-se de forma semelhante; ⁽³¹⁾
 - Podem ser considerados estudos adicionais, de acordo com a avaliação clínica, que permitam excluir complicações agudas ou sequelas e potencialmente graves e estabelecer a relação diagnóstica entre a semiologia e a Condição pós-COVID-19 ou outros diagnósticos alternativos;
- O. A abordagem da pessoa com suspeita de Condição pós-COVID-19 deve adaptar-se às manifestações da doença e envolvimento de diferentes sistemas e órgãos.
- P. A abordagem dos **sintomas cardiorrespiratórios** deve incluir: ^(1, 7, 8, 10, 25, 28) :
- Avaliação clínica
 - Pesquisar a presença de dispneia (em repouso e esforço), tosse e dor torácica (em repouso e esforço), nomeadamente pleurítica;
 - Avaliar outros sintomas concomitantes (pieira, ortopneia, edema periférico, palpitações, síncope ou pré-síncope);

* Na presença de história de quadro agudo mais grave, internamento hospitalar, alterações analíticas prévias ou sintomas persistentes de causa indeterminada pode ser considerado solicitar hemograma completo, bioquímica (creatinina, eletrólitos e ureia) e enzimas e função hepática. ⁽²²⁾

- iii. Excluir complicações tais como pneumonia bacteriana secundária, tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca ou pneumonia organizativa;
- iv. Avaliar a oxigenação e capacidade física, utilizar métodos de avaliação da aptidão funcional cardiorrespiratória rápidos como o *1-minute-sit-to-stand*[†] (50, 51) e a escala de dispneia *Medical Research Council* modificada (mMRC) (Anexo 4);

b. Avaliação diagnóstica complementar

i. Métodos de imagem torácica

- (i). Pode ser necessária uma avaliação imagiológica mais precoce, se clinicamente indicado pelo agravamento dos sintomas ou surgimento de sintomas de novo.
- (ii). A radiografia torácica é suficiente para a maioria dos doentes; (8)
- (iii). A tomografia computadorizada (TAC) torácica pode ser necessária em pessoas com envolvimento radiográfico já conhecido durante a fase aguda e nos quais se suspeitam de diagnósticos alternativos, complicações ou persistência dos achados radiográficos após as 12 semanas. (28)
- (iv). A maioria das alterações imagiológicas resolve até às 4 semanas após início da fase aguda; (52)
- (v). As alterações na TAC mais frequentes são opacidades em vidro despolido. (1, 52, 53)

ii. Métodos de avaliação cardíaca

- (i). O ecocardiograma transtorácico (ecoTT) não está recomendado por rotina, no seguimento de pessoas com suspeita de Condição pós-COVID-19;
- (ii). Na presença de sequelas cardíacas da fase aguda ou sintomas sugestivos de patologia cardíaca ou cardiopulmonar, nomeadamente insuficiência cardíaca (IC) ou hipertensão

[†] Consiste em avaliar o número máximo de vezes que a pessoa se levanta e senta da cadeira completamente, sem ajuda dos braços, durante 1 minuto. Deve ser aplicado quando a saturação em repouso é normal. A queda de SpO₂ ≥ 3% é considerado anormal e deve motivar investigação adicional.

pulmonar (HTP), considerar a realização de ecoTT, pelas 12 semanas após início da fase aguda;

iii. Provas funcionais respiratórias

- (i). A valorização e interpretação dos achados segue as mesmas recomendações de outras doenças respiratórias;
- (ii). É recomendável que as PFR sejam realizadas após documentação de persistência dos achados radiológicos ou agravamento clínico.
- (iii). Perante PFR alteradas, na ausência de alterações ventilatórias documentadas previamente, deve ser ponderada a realização de TAC torácica.
- (iv). A principal alteração documentada nos estudos é a redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono; (23, 24, 29, 30)

c. Plano e intervenção:

i. **Dispneia**

- (i). Avaliar a (s) causa (s) da dispneia e orientar de acordo com essa (s);
- (ii). Otimização da terapêutica de base para patologia pulmonar ou cardíaca;
- (iii). Na presença de dispneia de início súbito e/ou associada dor torácica, alteração da consciência, diminuição da perfusão periférica, cianose, sinais de dificuldade respiratória ou silêncio auscultatório, o utente deve ser referenciado para o serviço de urgência;

ii. **Tosse**

- (i). Excluir causas secundárias de tosse subaguda ou crónica;
- (ii). Na presença de tosse associada a febre, sintomas sistémicos, auscultação ou radiografia alterada, o utente deve ser referenciado ao serviço de urgência;

iii. **Dor / desconforto torácico**

- (i). Excluir complicações potencialmente graves;
- (ii). Na presença de dor torácica associada a dispneia, síncope, hipotensão, hipertensão marcada, alteração do ritmo cardíaco ou alteração do estado de consciência, o utente deve ser referenciado ao serviço de urgência;

(iii). Na ausência de suspeita de complicações ou sinais de alarme, a dor torácica pode ser tratada sintomaticamente com analgésicos e reavaliado se manutenção ou agravamento.

iv. **Intolerância ortostática / disautonomia**

(i). Os sintomas mais frequentes são hipotensão, taquicardia ou tonturas com ortostatismo;

(ii). Excluir diagnósticos alternativos;

(iii). Se persistência dos sintomas, apesar das medidas conservadoras, o utente deve ser referenciado a consulta de cardiologia / medicina interna.

Q. Os **sintomas neuropsiquiátricos** mais frequentes incluem alterações da memória e concentração, depressão/humor depressivo, ansiedade e perturbações do sono. A sua abordagem[†] inclui (1, 7, 8, 10, 25, 54, 55) :

a. Avaliação clínica:

- i. As alterações neuropsiquiátricas parecem ser reversíveis na maioria dos casos;
- ii. A etiologia é multifatorial e parece incluir fatores centrais, periféricos e psicológicos; (56, 57)
- iii. Inclui um amplo espectro de manifestações que engloba consequências da infecção por SARS-CoV-2 mas também as implicações da mesma no período de isolamento e da pandemia em geral;
- iv. Se evento neurológico agudo anterior, avaliar défices resultantes e impacto funcional das atividades de vida diária;
- v. Se alterações mnésicas/cognitivas, aplicar *Mini Mental State Examination* (58)
- vi. Se alterações do humor aplicar escala de avaliação de depressão PHQ-9 (**Anexo 8**).

b. Avaliação diagnóstica complementar:

- i. Avaliação analítica não recomendada por rotina.

[†] As alterações do olfato/paladar e cefaleias serão, na presente Norma, objeto de análise separada.

- ii. Métodos de imagem crânio-encefálica considerados na presença de alterações no exame neurológico.

R. A abordagem da **fadiga e incapacidade funcional** inclui:

a. Avaliação clínica:

- i. A fadiga é considerada uma manifestação major da Condição pós-COVID-19 e descrita como um estado constante de cansaço e intolerância ao esforço que reduz a energia, motivação e concentração; ^(26, 35)
- ii. A natureza e duração da fadiga em algumas pessoas que padeceram de COVID-19 partilha características com a síndrome de fadiga crónica, descrita para outras patologias infecciosas, incluindo outros coronavírus (SARS ou MERS) ou pneumonia adquirida na comunidade; ^(10, 26, 35, 59, 60)
- iii. A avaliação deve considerar o impacto dos sintomas nas atividades de vida diária, comparativamente ao padrão pré-COVID-19; ^(7, 8, 10, 25, 35)
- iv. Na presença desta semiologia, deve ser aplicada a escala PCFS (**Anexo 7**) e uma escala de avaliação de fadiga (Escala de Severidade de Fadiga).

b. Referenciação precoce:

- i. A fadiga associada a patologia cardiopulmonar poderá beneficiar de um programa de reabilitação cardíaca e/ ou respiratória.

c. Avaliação diagnóstica complementar:

- i. Avaliação laboratorial dirigida⁸; ⁽³⁵⁾
- ii. PFR podem estar indicadas nos pacientes com sintomas progressivos, persistentes ou sintomas de novo, sendo proposto um intervalo de 6-12 semanas para a sua realização.

d. Abordagem e intervenção

- i. Excluídas causas cardíacas, respiratórias e/ ou metabólicas de fadiga, a abordagem deve ser realizada de acordo com a pontuação obtida na PCFS (**Anexo 7**).

S. A **Tabela 2** resume a abordagem de outros sintomas descritos como frequentes na Condição pós-COVID-19, os quais devem ser procurados e investigados.

⁸ Considerar um perfil básico (hemograma completo, creatinina, provas hepáticas, função tiroideia, proteína C reativa, velocidade de sedimentação e creatina cinase) em novos utentes ou na ausência de avaliação analítica nos últimos 3 meses. Outros testes poderão ser necessários em função dos resultados destes ou da presença de comorbilidades.

Tabela 2: Avaliação e abordagem de outros sintomas associados à Condição pós-COVID-19 ^(8, 25)

Semiologia	Avaliação clínica	Avaliação diagnóstica complementar	Abordagem/ Intervenção
Alterações olfativas/ gustativas	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar semiologia da via área superior e excluir causas anatómicas; Avaliar impacto residual e valorizar se compromisso no apetite e consequentemente no peso (perda > 5%); 	Não recomendada por rotina	<ul style="list-style-type: none"> Na presença de sintomas da via aérea superior, suspeita de causa anatómica/ lesão ocupando espaço e/ ou não resolução do quadro, pedir TAC e/ou referenciar a consulta de Otorrinolaringologia (ORL) Se perda ponderal > 5%, na ausência de outras causas, referenciar a consulta de nutrição.
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> Inspeção e palpação da artéria temporal, avaliação da articulação temporomandibular Pesquisar cefaleia associada ao esforço 	<p>Não recomendada por rotina.</p> <p>TAC cerebral se persistência dos sintomas além das 12 semanas e se padrão da cefaleia não apresentar critérios de cefaleia crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem e orientação dirigidas; Na cefaleia associada ao esforço, deve ser utilizada analgesia simples prévia à realização do mesmo; Referenciar para o serviço de urgência: cefaleia súbita, de novo, cefaleia com défices neurológicos/ sinais focais, cefaleia que interrompe o sono e cefaleia com vômitos persistentes; Referenciar a consulta de Neurologia se persistência dos sintomas além das 12 semanas e se padrão da cefaleia não apresentar critérios de cefaleia crónica.
Sintomas músculo-esqueléticos	Avaliar a presença de atrofia muscular e risco de fratura, sobretudo nos doentes pós-internamento	<p>Considerar avaliação analítica se semiologia ≥ 4 semanas.</p> <p>Considerar radiografia e/ou ecografia de acordo com avaliação no exame objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem e orientação subsequentes dirigidas; Referenciar a consulta de Reumatologia se: suspeita de doença reumatológica com ou sem investigação analítica ou patologia inflamatória articular não controlada/resolvida.
Gastrointestinais/ nutricionais	Considerar diarreia pós-antibioterapia e enterocolite a <i>Clostridium</i>	Considerar avaliação analítica e investigação diagnóstica complementar se semiologia ≥ 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem e orientação dirigidas; Na maior parte dos casos e na ausência de alterações nos exames complementares, a indicação é para tratamento sintomático; Referenciar para serviço de urgência se: dor abdominal com suspeita de complicação intra-abdominal, diarreia e/ ou vômitos com desidratação moderada/ grave ou compromisso hemodinâmico; Referenciar a consulta de nutrição se perda ponderal significativa, > 5%; Referenciar a consulta de Gastroenterologia se persistência dos sintomas além das 12 semanas.
Outros	<ul style="list-style-type: none"> Se compromisso renal e/ ou hepático durante a fase aguda, considerar reavaliação analítica às 6 semanas; Considerar avaliação do risco de diabetes inaugural ou descompensação metabólica, após a fase aguda, com ou sem história de internamento, agindo de acordo com protocolos clínicos próprios; Se história de utilização de corticoterapia prolongada na fase aguda, considerar a hipótese de insuficiência supra-renal na presença de fadiga, mialgia, hipotensão ortostática, náuseas, perda ponderal e diminuição do apetite; Se presença de alopecia de novo no período de recuperação, considerar como possível manifestação de <i>Condição pós-COVID-19</i> ⁽⁴⁷⁾, agindo de acordo com protocolos clínicos próprios; 		

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

Peritos e Instituições auscultadas

Andreia Veiga, Bruno Reis, Catarina Aguiar Branco, Fernando Macedo, Nuno Almeida, Paula Simão, Vítor Hugo Azevedo.

Foram auscultadas as seguintes instituições: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e Administrações Regionais de Saúde.

Referências Bibliográficas

1. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27(4):601-615.
2. Hall J, Myall K, Lam JL, et al. Identifying patients at risk of post-discharge complications related to COVID-19 infection. *Thorax.* 2021.
3. Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-605.
4. Organization WH. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus October 2021.
5. Antonelli M, Penfold RS, Merino J, et al. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(1):43-55.
6. Paul Kuodi YGZ, Ofir Wertheim, Karine Beiruti Wiegler, Kamal Abu Jabal, Amiel A. Dror, Saleh Nazzal, Daniel Glikman, Michael Edelstein Association between vaccination status and reported incidence of post-acute COVID-19 symptoms in Israel: a cross-sectional study of patients tested between March 2020 and November 2021 [preprint]. *medRxiv.* 2022.
7. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. London 2020.
8. Mark E Mikkelsen MA. COVID-19: Evaluation and management of adults following acute viral illness [www.uptodate.com](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness) 2021 [updated Apr 26, 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness>.
9. Rajan S, Khunti K, Alwan N, et al. In the wake of the pandemic: Preparing for Long COVID. *European Observatory Policy Briefs.* Copenhagen (Denmark) 2021.
10. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ.* 2020;370:m3026.
11. Augustin M, Schommers P, Stecher M, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;6:100122.
12. Bell ML, Catalfamo CJ, Farland LV, et al. Post-acute sequelae of COVID-19 in a non-hospitalized cohort: Results from the Arizona CoVHORT. *PLoS One.* 2021;16(8):e0254347.
13. Nehme M, Braillard O, Alcoba G, et al. COVID-19 Symptoms: Longitudinal Evolution and Persistence in Outpatient Settings. *Ann Intern Med.* 2021;174(5):723-725.
14. Carvalho-Schneider C, Laurent E, Lemaignan A, et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(2):258-263.
15. Petersen MS, Kristiansen MF, Hanusson KD, et al. Long COVID in the Faroe Islands - a longitudinal study among non-hospitalized patients. *Clin Infect Dis.* 2020.
16. Jacobson KB, Rao M, Bonilla H, et al. Patients with uncomplicated COVID-19 have long-term persistent symptoms and functional impairment similar to patients with severe COVID-19: a cautionary tale during a global pandemic. *Clin Infect Dis.* 2021.
17. Goertz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res.* 2020;6(4).
18. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021;11(1):16144.
19. Malik P, Patel K, Pinto C, et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2021.
20. Iqbal FM, Lam K, Sounderajah V, et al. Characteristics and predictors of acute and chronic post-COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine.* 2021;36:100899.
21. Soraas A, Kalleberg KT, Dahl JA, et al. Persisting symptoms three to eight months after non-hospitalized COVID-19, a prospective cohort study. *PLoS One.* 2021;16(8):e0256142.

22. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, et al. Persistent symptoms 1.5-6 months after COVID-19 in non-hospitalised subjects: a population-based cohort study. *Thorax*. 2020.
23. Armange L, Benezit F, Picard L, et al. Prevalence and characteristics of persistent symptoms after non-severe COVID-19: a prospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2021.
24. 2021 NEaNI. National guidance for post-COVID syndrome assessment clinics2021.
25. Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, et al. Long Covid-19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
26. Crook H, Raza S, Nowell J, et al. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ*. 2021;374:n1648.
27. Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk. *QJM*. 2021;114(2):95-98.
28. George PM, Barratt SL, Condliffe R, et al. Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia. *Thorax*. 2020;75(11):1009-1016.
29. Chilazi M, Duffy EY, Thakkar A, et al. COVID and Cardiovascular Disease: What We Know in 2021. *Curr Atheroscler Rep*. 2021;23(7):37.
30. Klok FA, Boon G, Barco S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J*. 2020;56(1).
31. (SEMG) SEdMGydf. Guia Clínica para la Atención al paciente Covid persistente / Long Covid2021.
32. WHO/Europe. Support for rehabilitation self-management after COVID-19-related illness2020.
33. Organization WH. COVID-19 clinical management: living guidance. 2021.
34. Therapists RCoO. How to conserve your energy: Practical advice for people during and after having COVID-192020.
35. Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J, et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients. *PM R*. 2021;13(9):1027-1043.
36. Statistics OfN. Updated estimates of the prevalence of long COVID symptoms. 2021.
37. van Kessel SAM, Olde Hartman TC, Lucassen P, et al. Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Fam Pract*. 2021.
38. Proal AD, VanElzakker MB. Long COVID or Post-acute Sequelae of COVID-19 (PASC): An Overview of Biological Factors That May Contribute to Persistent Symptoms. *Front Microbiol*. 2021;12:698169.
39. Pilar Rodríguez Ledoa, Lorenzo Armenteros del Olmob, Esther Rodríguez Rodríguezc, Felipe Gómez Aceboc, en representación de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y colectivo Long Covid ACTS. Descripción de los 201 síntomas de la afectación multiorgánica producida en los pacientes afectados por la COVID-19 persistente. *Med Gen Fam*. 2021;10(2):60-68.
40. Jacobs LG, Gourna Paleoudis E, Lesky-Di Bari D, et al. Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243882.
41. Mandal S, Barnett J, Brill SE, et al. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*. 2020.
42. Rosales-Castillo A, Garcia de Los Rios C, Mediavilla Garcia JD. [Persistent symptoms after acute COVID-19 infection: importance of follow-up]. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(1):35-36.
43. Sykes DL, Holdsworth L, Jawad N, et al. Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It? *Lung*. 2021;199(2):113-119.
44. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network - United States, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(30):993-998.
45. Graham EL, Clark JR, Orban ZS, et al. Persistent neurologic symptoms and cognitive dysfunction in non-hospitalized Covid-19 "long haulers". *Ann Clin Transl Neurol*. 2021;8(5):1073-1085.
46. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):130-140.
47. Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-232.
48. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med*. 2021;27(4):626-631.
49. Desai AD, Lavelle M, Boursiquot BC, et al. Long-term complications of COVID-19. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2022;322(1):C1-C11.
50. Nunez-Cortes R, Rivera-Lillo G, Arias-Campoverde M, et al. Use of sit-to-stand test to assess the physical capacity and exertional desaturation in patients post COVID-19. *Chron Respir Dis*. 2021;18:1479973121999205.
51. Greenhalgh T JB, Knight M, et al. What is the efficacy and safety of rapid exercise tests for exertional desaturation in covid-19? *Oxford COVID-19 Evidence Service*. 2020.
52. Liu C, Ye L, Xia R, et al. Chest Computed Tomography and Clinical Follow-Up of Discharged Patients with COVID-19 in Wenzhou City, Zhejiang, China. *Ann Am Thorac Soc*. 2020;17(10):1231-1237.
53. Zhao YM, Shang YM, Song WB, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *EClinicalMedicine*. 2020;25:100463.
54. Postolache TT, Benros ME, Brenner LA. Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Psychiatry*. 2020.

55. Schou TM, Joca S, Wegener G, et al. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 - A systematic review. *Brain Behav Immun*. 2021;97:328-348.
56. Ritchie K, Chan D, Watermeyer T. The cognitive consequences of the COVID-19 epidemic: collateral damage? *Brain Commun*. 2020;2(2):fcaa069.
57. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-627.
58. Brigham SHGSMEAMAaCR. Cognitive Screening After COVID-19. *Practical Neurology*. 2021.
59. Davido B, Seang S, Tubiana R, et al. Post-COVID-19 chronic symptoms: a postinfectious entity? *Clin Microbiol Infect*. 2020;26(11):1448-1449.
60. Wong TL, Weitzer DJ. Long COVID and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)-A Systemic Review and Comparison of Clinical Presentation and Symptomatology. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(5).
61. Metz J, McElheny K, Robinson JN, et al. Considerations for Return to Exercise Following Mild-to-Moderate COVID-19 in the Recreational Athlete. *HSS J*. 2020:1-6.

ANEXO 1

Informação para a pessoa que recupera de COVID-19

COVID-19

CONDIÇÃO PÓS-COVID-19

Após ter alta e terminar o seu isolamento, a maioria das pessoas recupera da COVID-19 em poucas semanas. Porém, algumas podem apresentar queixas mais prolongadas. Estas não se relacionam com risco de transmissão do vírus e tratam-se de manifestações mais tardias da doença



HUMOR
DEPRIMIDO /
ANSIEDADE



DOR DE
CABEÇA



ALTERAÇÕES
DA MEMÓRIA
OU ATENÇÃO



PERDA OU
ALTERAÇÃO DO
PALADAR / OLFATO



SENSAÇÃO
DE FALTA
DE AR



TOSSE
PERSISTENTE



DOR /
DESCONFORTO
NO PEITO



FADIGA



ALTERAÇÕES
NO SONO



DOR NOS
MÚSCULOS OU
ARTICULAÇÕES

Deverá **contactar a sua equipa de saúde caso persistam sintomas incomodativos**, 4 semanas após início dos sintomas de COVID-19. Caso os sintomas agravem ou surjam de **forma súbita e preocupante**, deverá entrar em contacto com os serviços de saúde mais cedo.

APESAR DA INFECÇÃO COVID-19, DEVE MANTER OS CUIDADOS



USO DE
MÁSCARA



HIGIENE
DAS MÃOS



DISTANCIAMENTO
FÍSICO

ANEXO 2: Questionário Clínico

Data: __ / __ / __

País _____ Cidade _____ Instituição (se aplicável) _____

1. Admissão hospitalar após doença aguda COVID-19

1.1. O utente foi **admitido a nível hospitalar** devido a uma possível **complicação após a fase aguda**?

Sim Não Desconhecido

1.2. Se sim, qual a data de readmissão __ / __ / __.

2. Reinfecção

2.1. O utente teve um 2º episódio / reinfecção por SARS-Cov-2? Sim Não Desconhecido

2.2. Se sim, qual a data do **2º teste PCR positivo**? __ / __ / __.

2.3. Qual foi o nível mais elevado de cuidados de saúde recebidos durante o 2º episódio / reinfecção?

Internamento hospitalar Cuidados em ambulatório / telemedicina Instalação da comunidade Auto-cuidados

3. Estado vacinal contra a COVID-19

3.1. O utente recebeu alguma vacina contra a COVID-19? Sim Não Desconhecido

3.2. Se sim, quantas doses recebeu? Uma Duas

3.3. Qual o nome da vacina da 1ª dose? Data __ / __ / __

Spikevax® Comirnaty® Vaxzevria® Janssen Outra _____

3.4. Qual o nome da vacina da 2ª dose? Data __ / __ / __

Spikevax® Comirnaty® Vaxzevria® Janssen Outra _____

3.5. Qual o nome da vacina da dose de reforço? Data __ / __ / __

Spikevax® Comirnaty® Vaxzevria® Janssen Outra _____

3.6. [Se imunocomprometido] Qual o nome da vacina da dose adicional? Data __ / __ / __

Spikevax® Comirnaty® Vaxzevria® Janssen Outra _____

3.7. Fonte de informação: e-Vacinas / boletim de vacinas / cartão de vacinas O próprio utente

4. Estado laboral / ocupacional

4.1. Houve alteração na duração (horas) de trabalho / escola comparativamente à situação prévia à COVID-19?

Sim Não Desconhecido

4.2. Se sim, especificar: Aumento Diminuição Necessidade de parar Desconhecido

4.3. Se diminuição / necessidade de parar, qual a (s) razão (ões) ?

Saúde debilitada Novo estatuto de cuidador Restrições devido à pandemia COVID-19 Outra _____

5. Estado funcional (não preencher se idade < 15 anos)

Capacidade de auto-cuidados: A mesma que antes da COVID-19 Pior Melhor Desconhecia

Nos últimos 7 dias, qual o grau de dificuldade nas seguintes situações:

Pontuação

0 (sem dificuldade)
1 (dificuldade ligeira)
2 (dificuldade moderada)
3 (dificuldade elevada)
4 (dificuldade extrema / não consegue realizar)

Comparativamente ao estado anterior?

Melhor

Pior

Igual

Permanecer em pé, pelo menos, durante 30 minutos

Realizar as tarefas domésticas habituais

Aprender uma nova tarefa /conhecimento

Realizar tarefas na comunidade (ex.: festividades, religião, outras)

Estar emocionalmente afetado devido aos problemas de saúde

Estar concentrado a realizar uma tarefa durante, pelo menos, 10min.

Caminhar uma distância de, pelo menos, 1 km (ou equivalente)

Capaz de tomar banho completo

Vestir-se

Relacionar-se com pessoas que não conhece

Manter uma amizade

Realizar o trabalho do dia-a-dia ou escolar

Pontuação total

Utilização de outras escaladas (nome)

Pontuação

6. Incidência de sintomas após fase aguda da COVID-19

6.1. O utente apresentou algum(ns) dos sintomas seguintes após a fase aguda da COVID-19, o(s) qual(ais) não estava(m) presente(s) anteriormente? Sim Não Desconhecido

Se sim, selecionar qual(ais) está(ão) presente(s):

	Sim, mas não presente atualmente	Sim e mantém-se	Sim mas intermitente	Não	Desconhecido
Ansiedade					
Humor depressivo					
Anedonia/perda de interesse					
Alteração do comportamento					
Problemas na concentração					
Insónia					
Sonolência					
Tonturas/"cabeça leve"					
Desmaios/"apagões"					
Esquecimentos					
Incapacidade de mover/sentir um dos lados do corpo ou face					
Convulsões					
Alucinações					
Formigueiro/dormência					
Espasmos nos membros					
Rigidez muscular					
Fraqueza nas pernas /braços					
Tremor					
Alterações do equilíbrio					
Alteração da marcha/quedas					
Diminuição/lentificação do movimento					
Alterações da audição					
Zumbido					
Alterações da visão					
Cefaleia persistente					
Diminuição/ausência/alteração do paladar					
Diminuição/ausência/alteração do olfacto					
Obstipação					
Diarreia					
Náusea/vómito					
Alteração na deglutição					
Dor de estômago					
Dispneia					
Dor torácica					
Dor ao respirar					
Palpitação					
Tosse seca persistente					
Edemas periféricos					
Febre					
Fadiga persistente					
Dor muscular persistente					
Mal-estar após exercício					
Perda de peso					
Erupção/rash da pele					
Lesões nos dedos dos pés					
Dismenorreia					
Dificuldade em urinar					
Disfunção erétil/sexual					

Adaptado de "Global COVID-19 Clinical Platform / Case Report Form (CRF) for Post COVID condition (Post COVID-19 CRF), versão atualizada de 25/02/2021 e disponível em https://cdn.who.int/media/docs/default-source/3rd-edl-submissions/who_cr_f_postcovid_feb9_2021.pdf?sfvrsn=76af14_1&download=true

ANEXO 3

Autocuidados e retoma progressiva às atividades de vida diária (32, 61)

COVID-19



AUTOCUIDADOS E RETOMA PROGRESSIVA ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

CUIDADOS DE SAÚDE GERAIS



- Alimentação suficiente e saudável
- Hidratação abundante
- Hábitos de sono e descanso adequados
- Limitar o consumo de álcool e evitar o tabaco

ATIVIDADE FÍSICA



- Iniciar a ritmo próprio e aumento gradual de intensidade, conforme tolerância;
- Nos desportistas, iniciar com exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e marcha;
- Aumentar os períodos de descanso entre exercícios;
- Evitar exercícios de intensidade elevada
- Na presença de exacerbação de sintomas pós-esforço, é recomendado utilizar estratégias de conservação de energia

REDES DE SUPORTE E APOIO



- Manter contactos frequentes com familiares e amigos
- Estabelecer contactos com redes de apoio e suporte social, nomeadamente na comunidade

RETOMA ÀS ATIVIDADES DE VIDA



- Retoma progressiva às atividades de vida diária, incluindo emprego / ocupação
- Definir metas atingíveis a curto, médio e longo prazos

ANEXO 4

Questionário de dispneia (mMRC - *modified MRC Dyspnea Questionnaire*)**

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	☐
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) – *update 2018*. Disponível em www.goldcopd.org

ANEXO 5

Exercícios e técnicas de controlo da respiração

COVID-19



EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE CONTROLO DA RESPIRAÇÃO

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS COM LÁBIOS FRANZIDOS/SEMICERRADOS



RELAXAR

Sentar ou reclinar ligeiramente, relaxar os músculos do pescoço e ombros



INSPIRAR

Com a boca fechada, inspirar pelo nariz durante 2 segundos, semelhante a cheirar uma flor



EXPIRAR

Expirar lentamente (durante 4 segundos, se possível) através dos lábios franzidos, semelhante ao soprar uma vela de aniversário



REPETIR

Repetir esta sequência inspiração/expiração por ciclos de 2 minutos, várias vezes ao dia ou quando necessário

EXERCÍCIOS DE INSPIRAÇÃO PROFUNDA

- Reclinar na cama, sofá ou outra superfície lisa e horizontal, colocando uma almofada por baixo do pescoço e joelhos. Se não for possível, realizar na posição de sentado;
- Colocar uma mão no abdómen e outra no tórax;
- Inspirar lentamente através do nariz, enchendo os pulmões e permitindo à parede abdominal a expandir;
- Expirar pelo nariz e, à medida que o ar sai, sentir o abdómen a contrair;
- Repetir esta sequência inspiração/expiração por ciclos de 2-5 minutos, várias vezes ao dia ou quando necessário.



ANEXO 6

Técnicas de conservação de energia ⁽³⁴⁾

COVID-19



EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE CONTROLO DA RESPIRAÇÃO

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS



RITMO

Tarefas pequenas, repartidas durante o dia; definir períodos de repouso



PLANO

Planificar diariamente, semanalmente; reunir objetos necessários antes de iniciar realização; utilizar dispositivos adaptados; pedir ajuda



PRIORIDADE

Definir prioridades, o que é essencial

▶ Não sustentar a respiração durante as tarefas; evitar empurrar, levantar e/ou dobrar; puxar, deslizar; agachamento com flexão dos joelhos e não da cintura

	HIGIENE, BANHO, VESTIR	CAMA, ROUPA, LIMPEZA DA CASA	COMPRAS E COZINHA
RITMO	<p>Sentar; alternar tarefas mais cansativas com menos cansativas, vestir primeiro a metade inferior.</p>	<p>Realizar uma tarefa de cada vez, descansar entre as tarefas, sentar; alternar tarefas mais exigentes com menos exigentes.</p>	<p>Espalhar as diversas etapas de confeção durante o dia, fazer algumas das tarefas sentado, descansar nos intervalos, utilizar mala com rodas, dividir itens pesados pelos sacos, pedir ajuda.</p>
PLANO	<p>Colocar objetos em locais acessíveis, juntar objetos necessários antes de iniciar a tarefa, sabão líquido, barras de apoio na banheira, roupa larga, roupa que aperte à frente.</p>	<p>Posicionamento da cama, começar de um lado e terminar a tarefa desse lado, tentar circular a cama só uma vez, utilizar roupas que sejam fáceis de lavar e de secar, utilizar cesto de roupa com rodas, guardar objetos relacionados com a mesma tarefa no mesmo local, agrupar objetos a utilizar antes de iniciar tarefas, utilizar esfregona em vez de limpar com pano, pequenos sacos do lixo.</p>	<p>Cozinhar quantidades grandes e congelar; planificar semanalmente as refeições, receitas fáceis, agrupar ingredientes antes de começar a preparação, lista de compras, horas mortas, agrupar compras de acordo com locais de armazenamento.</p>
PRIORIDADE	<p>Tentar shampoo seco, objetos elétricos, avaliar necessidade de banho diário, reorganizar guarda-roupa, vestir quando tiver ajuda.</p>	<p>Avaliar necessidade de lavar e engomar diariamente, avaliar disponibilidade para pedir ajuda e delegar tarefas.</p>	<p>Comprar refeições pré-feitas para quando estiver mais cansado, pedir ajuda, compras online.</p>

Técnicas de conservação de energia não são específicas da Condição pós-COVID-19

ANEXO 7 | Aceda a este fluxograma em versão interativa Estratificação da Reabilitação – CSP e Escala *Post-COVID Functional Status*



Qual o impacto que a COVID-19 teve na sua vida diária?	Grau correspondente PCFS
Não tenho limitações na vida diária e não tenho sintomas, dor, depressão nem ansiedade	0
Tenho limitações insignificantes na vida diária mas ainda tenho sintomas, dor, depressão ou ansiedade	1
Sofro de limitações na minha vida diária e ocasionalmente tenho de reduzir ou evitar atividades habituais ou desempenhá-las de forma faseada devido a sintomas. No entanto, sou capaz de desempenhar todas as atividades sem assistência	2
Sofro de limitações na minha vida diária e pois não sou capaz de realizar/ desempenhar todas as atividades habituais devido a sintomas, dor, ansiedades ou depressão. No entanto, sou capaz de cuidar de mim sem qualquer assistência	3
Sofro de limitações graves na minha vida diária; não sou capaz de cuidar de mim e estou dependente de terceiros devido a sintomas, dor, ansiedade ou depressão	4

ANEXO 8

Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas (utilizar um círculo para selecionar a resposta)?	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
Movimetei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3
Subtotal Total				

- O diagnóstico final deve basear-se no juízo clínico e na avaliação do estado mental.
- Avaliar risco de suicídio se o utente pontuar em todos os nove itens avaliados.

Abordagem:

Score	Gravidade do quadro clínico	Comentários
0 - 4	Mínima ou nenhuma	Monitorizar, pode não necessitar de tratamento
5 - 9	Ligeira	Utilizar juízo clínico para determinar necessidade de tratamento
10-14	Moderada	
15-19	Moderadamente grave	Necessita de tratamento
20 - 27	Grave	