

Relatório n.º 19

Report n.º 19

Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19

Monitoring of COVID-19

20 de julho de 2022

July 20th, 2022

FICHA TÉCNICA

Relatório de Monitorização da Situação
Epidemiológica da COVID-19
Relatório n.º 19
Lisboa: julho, 2022

AUTORES

DGS

Pedro Pinto Leite
Maria João Albuquerque
Eugénia Fernandes
Pedro Casaca
André Peralta Santos
Ana Lisette Oliveira

INSA

Susana Silva
João Paulo Gomes
Vítor Borges
Ausenda Machado
Baltazar Nunes
Constantino Caetano
Ana Cristina Garcia
Carlos Matias Dias

Resumo

Transmissibilidade muito elevada com tendência decrescente

Gravidade e impacto com tendência decrescente

A epidemia de COVID-19 mantém uma incidência muito elevada, embora com tendência decrescente. O impacto nos internamentos apresenta uma tendência decrescente, bem como a mortalidade específica por COVID-19. É expectável a manutenção da diminuição da procura de cuidados de saúde. Deve ser mantida a vigilância da situação epidemiológica da COVID-19, recomendando-se a manutenção das medidas de proteção individual, a vacinação de reforço e a comunicação frequente destas medidas à população.

- O número de **novos casos** de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, por 100 000 habitantes, acumulado nos últimos 7 dias, foi de **349 casos**, com **tendência decrescente a nível nacional e em todas as regiões**.
- O **$R(t)$** apresentou um valor **inferior a 1** a nível nacional e em todas as regiões, o que indica uma tendência decrescente de novos casos.
- O número de pessoas com COVID-19 **internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)** no continente revelou uma **tendência decrescente**, correspondendo a 19,2% (no período anterior em análise foi de 22,4%) do valor crítico definido de 255 camas ocupadas.
- A razão entre o número de **pessoas internadas e infetadas foi de 0,16**, indicando uma menor gravidade da infeção, à semelhança do observado desde o início de 2022.
- A **linhagem BA.5 da variante Omicron continua a ser claramente dominante em Portugal, apresentando uma frequência relativa estimada de 95% na semana 27 (04/07/2022 a 10/07/2022)**. Esta linhagem tem revelado uma maior capacidade de transmissão, a qual é potencialmente mediada por mutações adicionais com impacto na entrada do vírus nas células humanas e/ou pela sua capacidade de evasão à resposta imunitária.
- A **mortalidade específica por COVID-19 (23,5 óbitos em 14 dias por 1 000 000 habitantes)** apresenta uma **tendência decrescente**. A **mortalidade por todas as causas** encontra-se acima do limite superior do valor esperado para a época do ano, indicando um excesso de mortalidade por todas as causas, em parte associado à mortalidade específica por COVID-19.

Summary

Very high transmission with a decreasing trend

Severity and impact with decreasing trend

The COVID-19 epidemic maintains a very high incidence, although with a decreasing trend. The impact on hospital admissions and COVID-19 specific mortality shows a decreasing trend. A decrease in the demand for health care is expected. Surveillance of the epidemiological situation of COVID-19 should be maintained, and it is recommended to maintain the individual protection measures and booster vaccination, as well as a frequent communication of these measures to the population.

- The cumulative number of new SARS-CoV-2 infection / COVID-19 cases per 100 000 inhabitants over the last 7 days was **349 cases**, reflecting a **national and regional downward trend**.
- The effective reproduction number ($R(t)$) was **under 1** at national level, indicating a **decreasing trend of new cases**.
- The number of COVID-19 cases admitted to **Intensive Care Units (ICU)** in mainland Portugal showed a **decreasing trend**, corresponding to 19.2% (22.4% in the previous analysis period) of the defined critical value of 255 occupied beds.
- The **ratio between the number of hospitalized cases and notified infections** was **0.16**, indicating a lower severity of the infection, similar to the one observed since the beginning of 2022.
- **The BA.5 lineage of Omicron variant continues to be clearly dominant in Portugal, with an estimated relative frequency of 95% on week 27 (04/07/2022 to 10/07/2022)**. This lineage has shown an enhanced transmissibility, which is likely mediated by additional mutations associated with human cell binding and/or immune evasion.
- The **COVID-19 specific mortality (23.5 deaths per 1 000 000 inhabitants** over the last 14 days) presents a **downward trend**. **All-cause mortality** is above the upper limit of the expected value for this time of the year, which indicates an **excess of all-cause mortality**, in part associated with COVID-19 specific mortality.

Incidência cumulativa a 7 dias

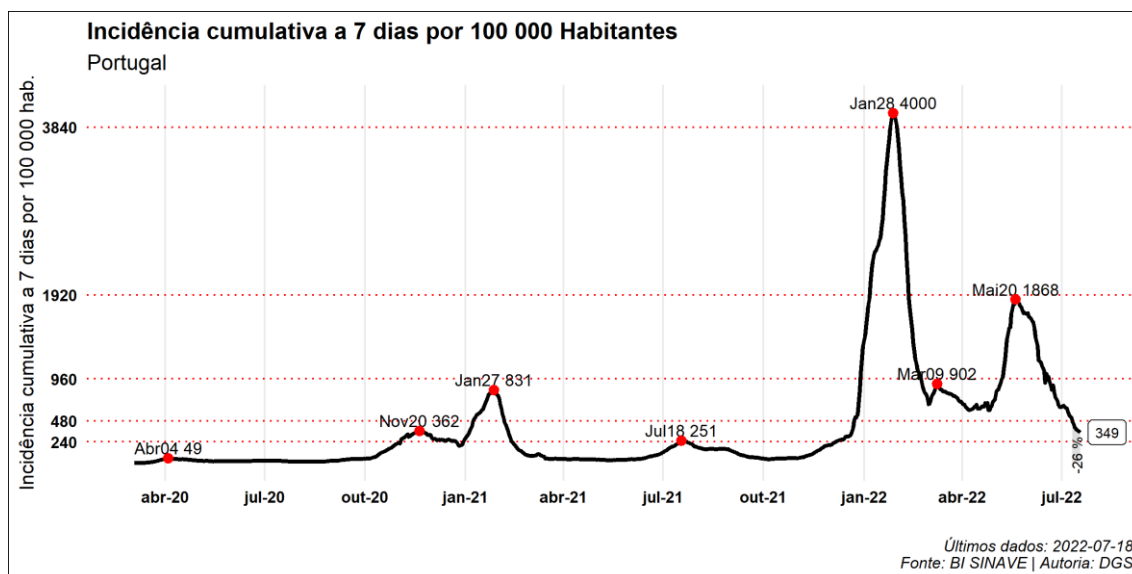


Figura 1. Incidência cumulativa a 7 dias (por 100 000 habitantes), em Portugal, de 03/03/2020 a 18/07/2022.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

A Figura 1 apresenta a incidência cumulativa a 7 dias por 100 000 habitantes de casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 em Portugal, desde março de 2020. A 18 de julho de 2022, a **incidência cumulativa a 7 dias** foi de **349** casos por 100 000 habitantes em Portugal, indicando uma incidência **muito elevada**, com uma **tendência decrescente**.

A incidência cumulativa a 7 dias por região de saúde de Portugal encontra-se no Quadro 1 e na Figura 2, salientando-se a **tendência decrescente em todas as regiões**.

Quadro 1. Incidência cumulativa a 7 dias (por 100 000 habitantes) e variação (%) relativa aos sete dias anteriores, por região de saúde de Portugal, a 18/07/2022.

Região de saúde	Incidência Cumulativa a 7 dias	Variação (%)
Norte	236	- 25
Centro	299	- 31
Lisboa e Vale do Tejo	415	- 28
Alentejo	377	- 23
Algarve	593	- 25
Açores	717	- 16
Madeira	437	- 20

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

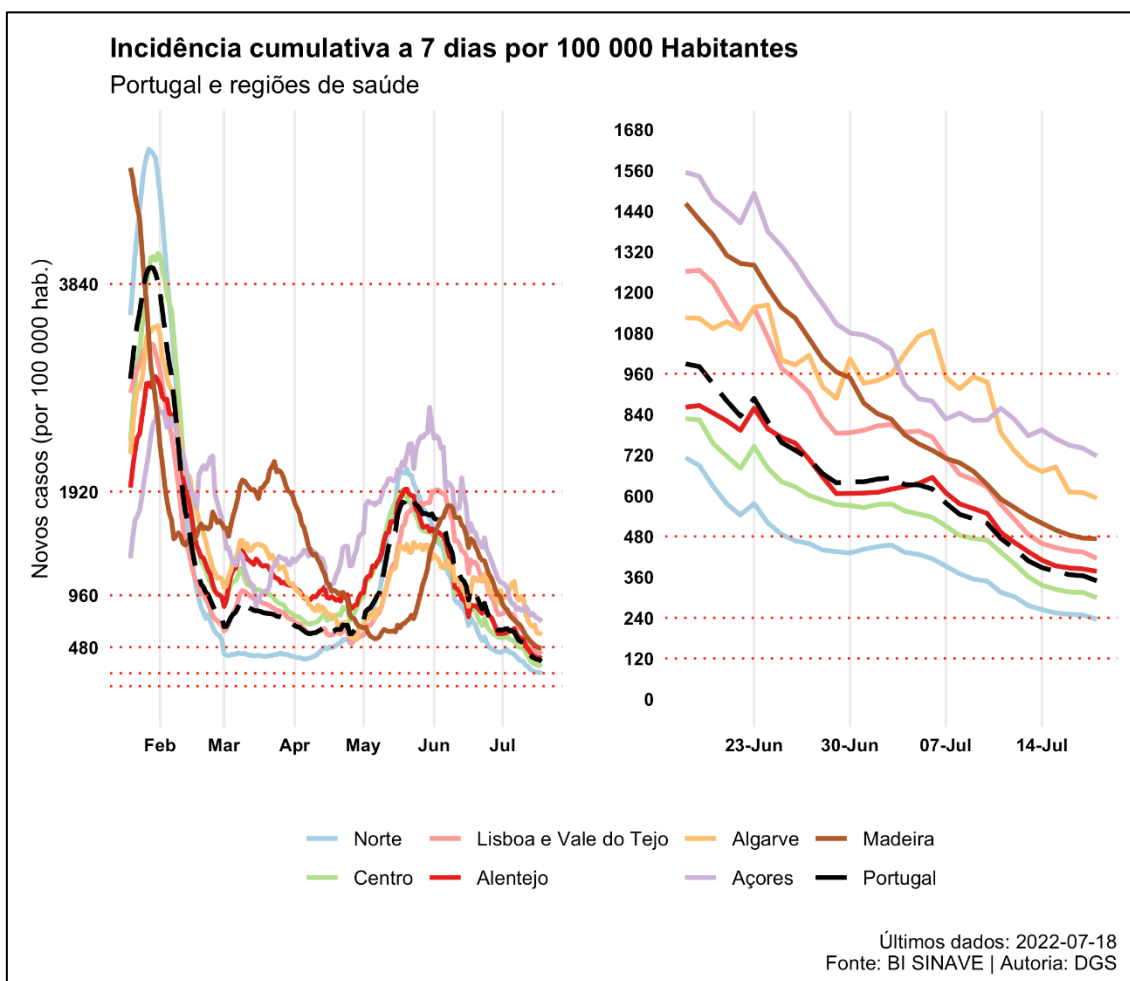


Figura 2. Incidência cumulativa a 7 dias (por 100 000 habitantes), por região de saúde, em Portugal, de 19/01/2022 a 18/07/2022.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

Observou-se uma **tendência decrescente** da incidência cumulativa a 7 dias por 100 000 habitantes **em todos os grupos etários** (Figura 3 e Quadro 2).

O grupo etário dos **30 aos 39 anos** de idade foi aquele que apresentou o maior valor de incidência cumulativa a 7 dias por 100 000 habitantes, com **431 casos** por 100 000 habitantes.

O **grupo etário dos indivíduos com 80 ou mais anos** apresenta uma **tendência decrescente**, com uma incidência cumulativa a 7 dias de **327 casos** por 100 000 habitantes.

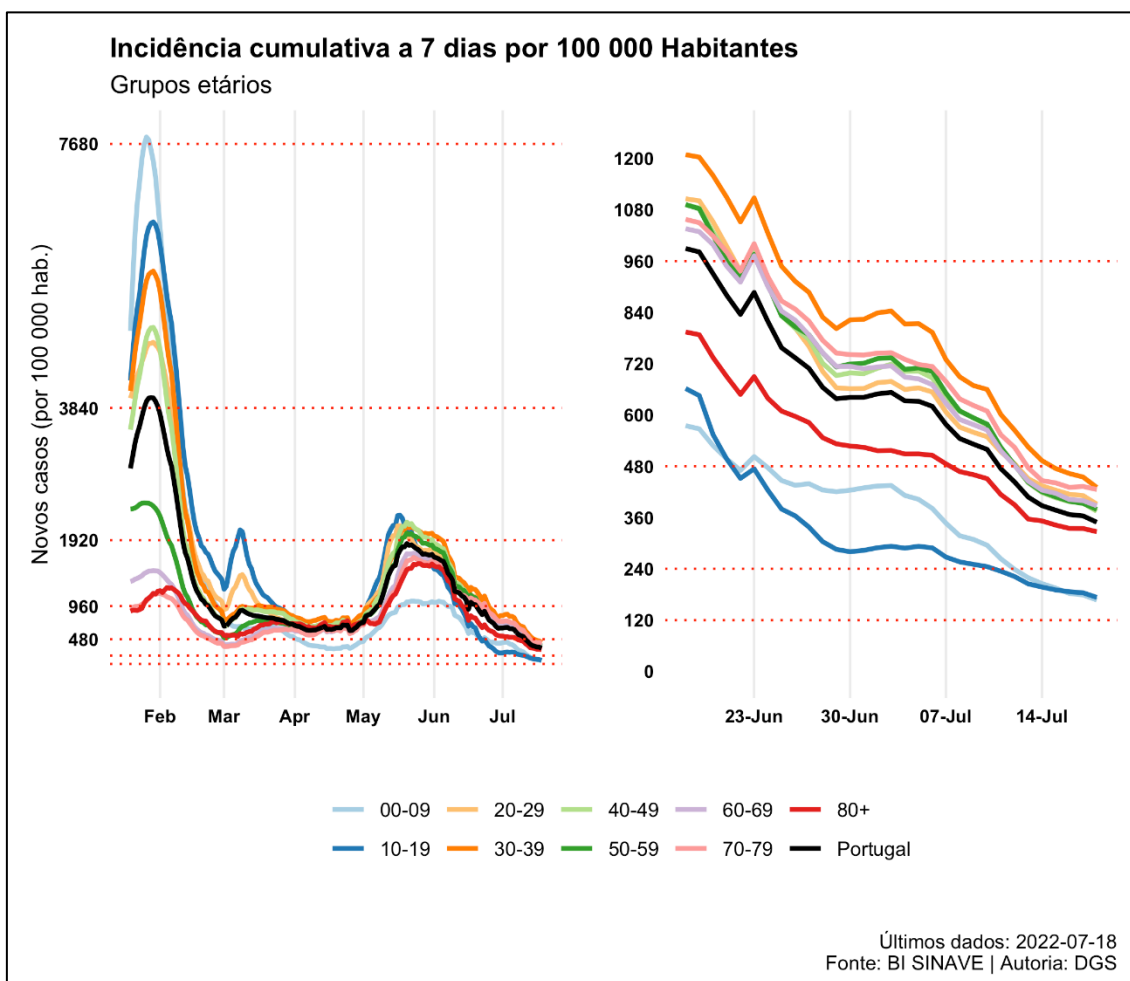


Figura 3. Incidência cumulativa a 7 dias (por 100 000 habitantes), por grupo etário, em Portugal, de 19/01/2022 a 18/07/2022.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

Quadro 2. Incidência cumulativa a 7 dias (por 100 000 habitantes), por grupo etário, a 18/07/2022 (variação relativa à semana anterior).

Grupo etário	Incidência Cumulativa a 7 dias	Variação (%)
0 – 9 anos	167	- 37
10 – 19 anos	173	- 26
20 – 29 anos	391	- 24
30 – 39 anos	431	- 28
40 – 49 anos	375	- 28
50 – 59 anos	379	- 28
60 – 69 anos	387	- 25
70 – 79 anos	426	- 23
80 ou mais anos	327	- 21

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

Número de reprodução efetivo, $R(t)$

O número de reprodução efetivo, $R(t)$, calculado por data de início de sintomas, para o **período de 11 a 15 de julho de 2022**, foi de **0,81** (IC95%: 0,81 a 0,82) a nível nacional e de 0,81 (IC95%: 0,80 a 0,82) no continente. Todas as regiões de Portugal apresentam **valor de $R(t)$ inferior a 1**.

Em comparação com os valores do último relatório, o valor do **$R(t)$ diminuiu em todas as regiões**: **Norte** passou de 0,89 para 0,81; **Centro** passou de 0,90 para 0,81; **Lisboa e Vale do Tejo** passou de 0,88 para 0,80; **Alentejo** passou de 0,94 para 0,44; **Algarve** passou de 1,00 para 0,83; **Região Autónoma dos Açores** passou de 0,87 para 0,83; e **Região Autónoma da Madeira** passou de 0,88 para 0,86.

Os valores diários de $R(t)$ para Portugal e para as regiões de saúde estão disponíveis [aqui](#).

Matriz de Risco

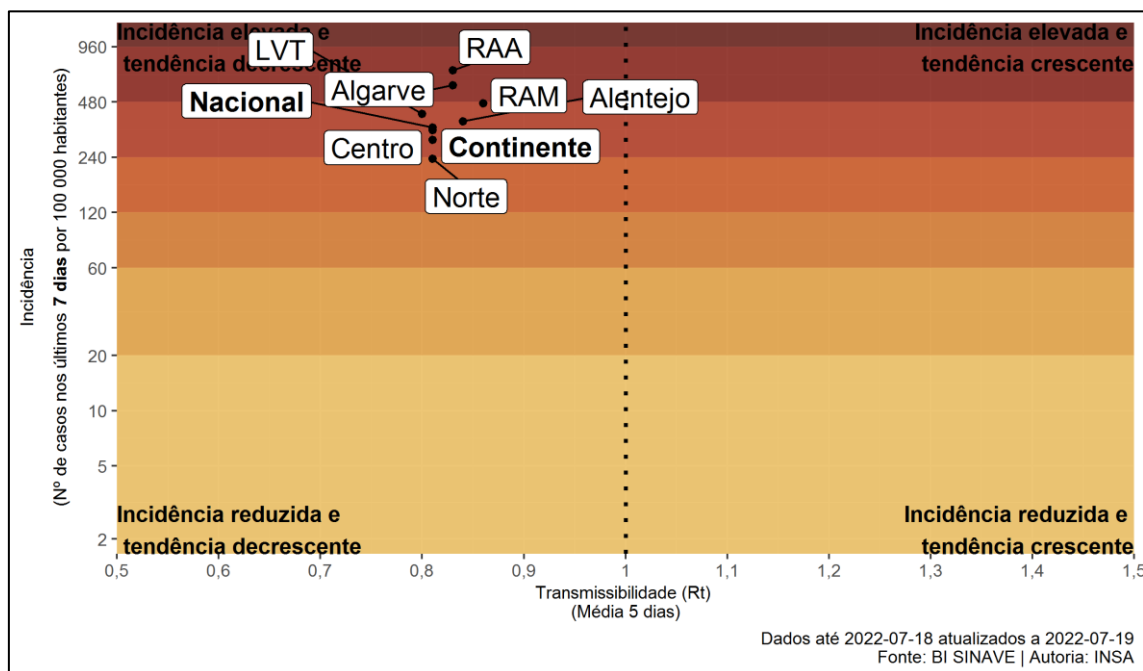


Figura 4. Gráfico de dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada de infeções por SARS-CoV-2 / COVID-19 a nível nacional (inclui Regiões Autónomas), continente, regiões de saúde do continente e regiões autónomas. Nota: os valores de incidência apresentados referem-se a um período de 7 dias. A incidência acumulada a 14 dias é apresentada no anexo deste documento.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: INSA

Número de Camas Ocupadas em Enfermaria e Unidades de Cuidados Intensivos

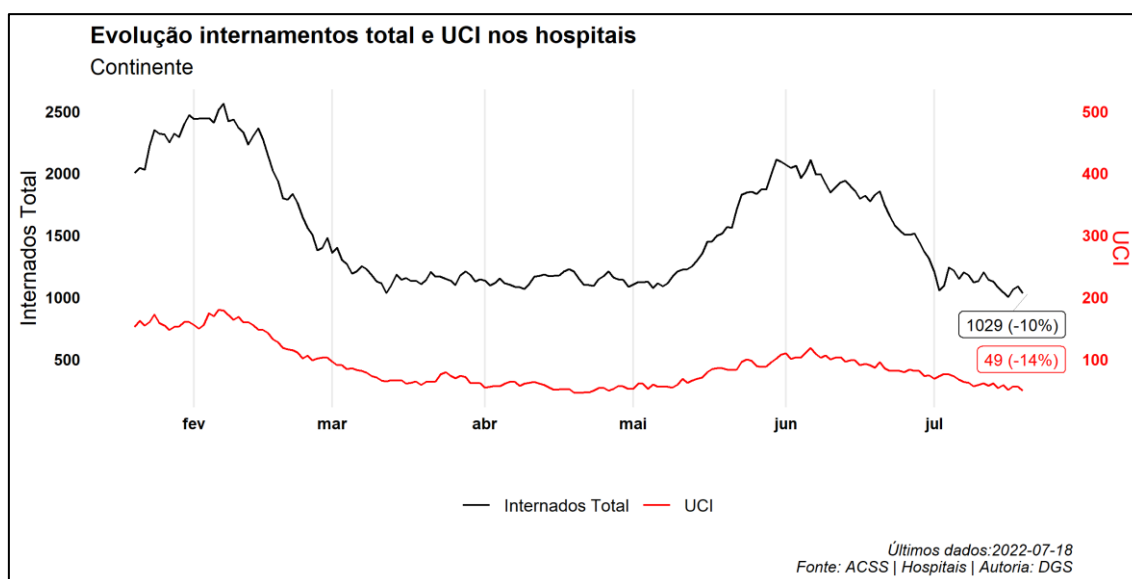


Figura 5. Evolução diária de doentes COVID-19 internados (total) e internados em UCI nos hospitais, no continente, entre 12/01/2022 e 18/07/2022.

Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

No período em análise, observou-se uma **tendência decrescente** da ocupação hospitalar por casos de COVID-19, com **1 029 casos internados** a 18 de julho de 2022 (variação de -10% em relação à semana anterior) (Figura 5).

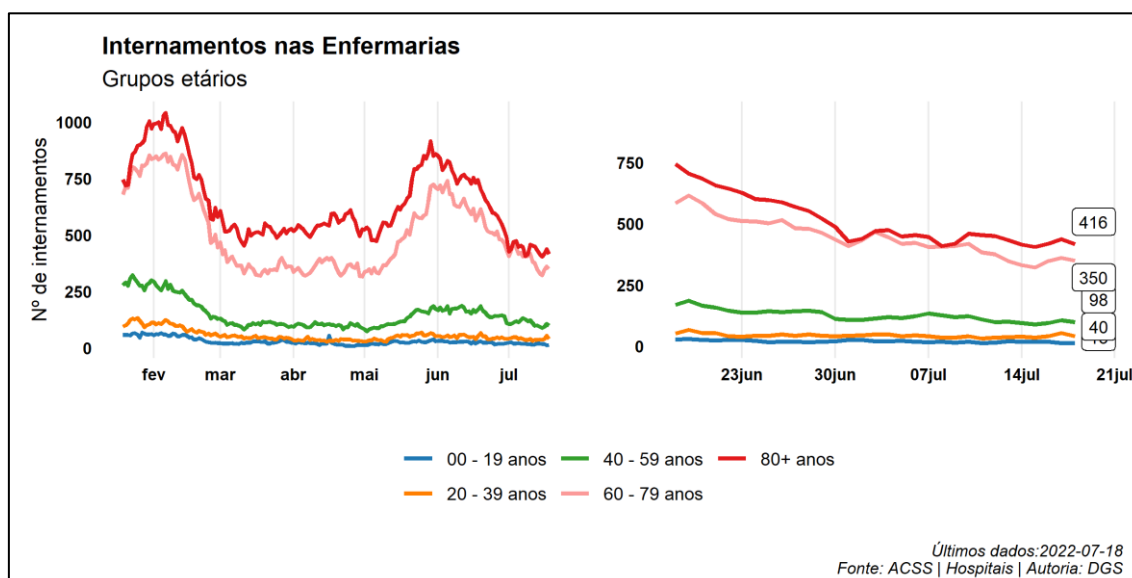


Figura 6. Evolução diária de doentes COVID-19 internados em enfermarias nos hospitais, por grupos etários, no continente, entre 12/01/2022 e 18/07/2022.

Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

A Figura 6 representa a evolução diária do número de camas ocupadas em enfermarias com casos de COVID-19 nos hospitais, em Portugal continental. Os grupos etários dos 0 aos 39 anos apresentam uma **tendência estável nos internamentos em enfermarias** na última semana, os **restantes grupos etários tiveram tendência decrescente**. O grupo etário com **maior número de casos de COVID-19 internados em enfermarias** foi o grupo etário com **80 ou mais anos** (416 doentes internados a 18/07/2022).

A Figura 7 representa o número de camas ocupadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) com casos de COVID-19 nos hospitais, em Portugal continental, tendo-se registado **49 doentes internados em UCI** a 18 de julho de 2022. Este valor corresponde a **19,2%** (na semana anterior foi 22,4%) do limiar definido como crítico de 255 camas ocupadas. O **número de doentes internados em UCI** apresentou uma **tendência decrescente (variação de -14% em relação à semana anterior)**.

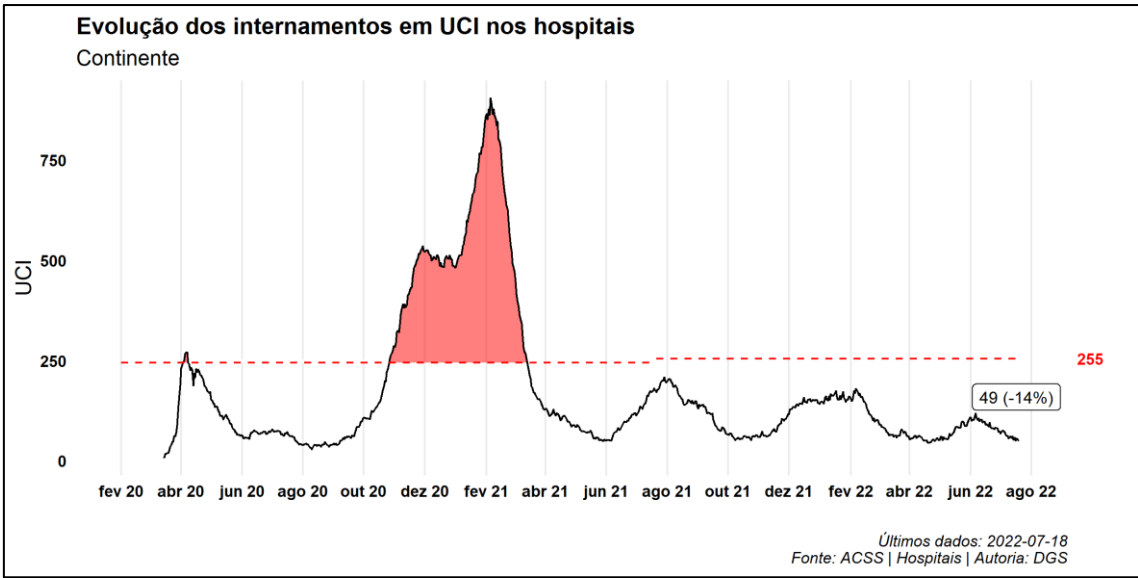


Figura 7. Evolução diária de doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos nos hospitais, no continente, entre 30/03/2020 e 18/07/2022.
Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

Quadro 3. O número de internamentos de doentes COVID-19 em Unidades de Cuidados Intensivos e sua ocupação máxima a 18/07/2022.

Território	Nível de alerta (75%*)	Ocupação em UCI (% do nível de alerta)
Continente	255	49 (19%)
Norte	75	18 (24%)
Centro	34	6 (18%)
Lisboa e Vale do Tejo	103	22 (21%)
Alentejo	20	0 (0%)
Algarve	23	3 (13%)

Nota: * O nível de alerta definido corresponde a 75% do número de camas disponíveis para doentes COVID-19 em medicina intensiva para Portugal Continental. Estes valores encontram-se em revisão e poderão ser alterados de futuro.

Todas as regiões de saúde do continente encontram-se distantes dos seus níveis de alerta (Quadro 3).

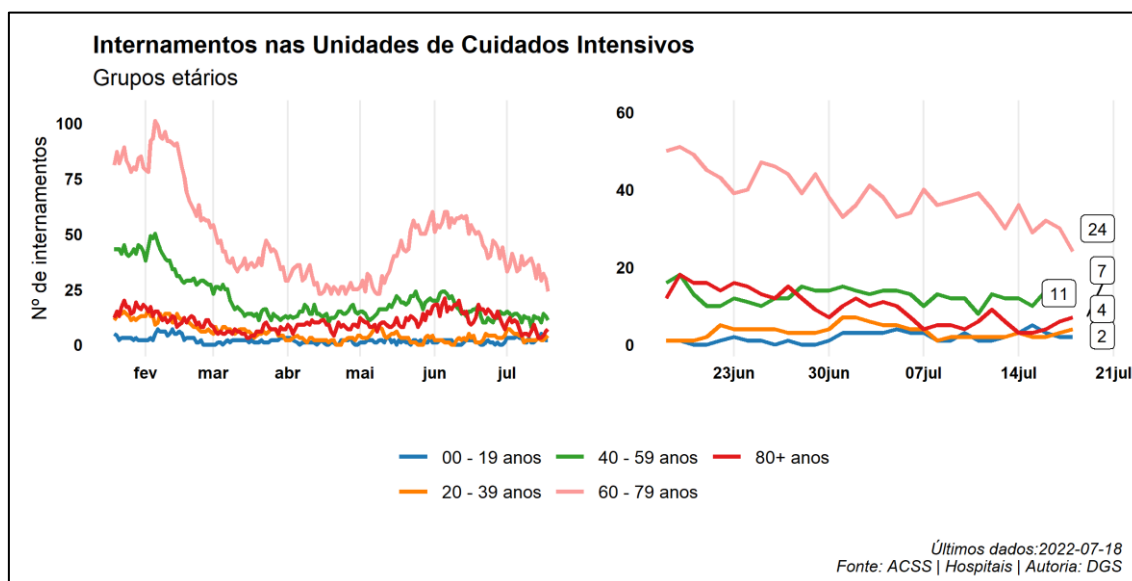


Figura 8. Evolução diária de doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos nos hospitais, por grupos etários, no continente, entre 12/01/2022 e 18/07/2022.

Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

O grupo etário com maior número de casos de COVID-19 internados em UCI é o dos **60 aos 79 anos** (24 casos neste grupo etário a 18/07/2022), no qual se observa uma **tendência decrescente** (Figura 8).

Razão entre doentes internados e novas infeções

A razão entre o número de pessoas internadas em enfermaria geral e o número de novas infeções é usado como um indicador *proxy* da gravidade da infeção. No período em análise, observou-se um valor de 0,16, que é **inferior ao observado na maioria das ondas anteriores**.

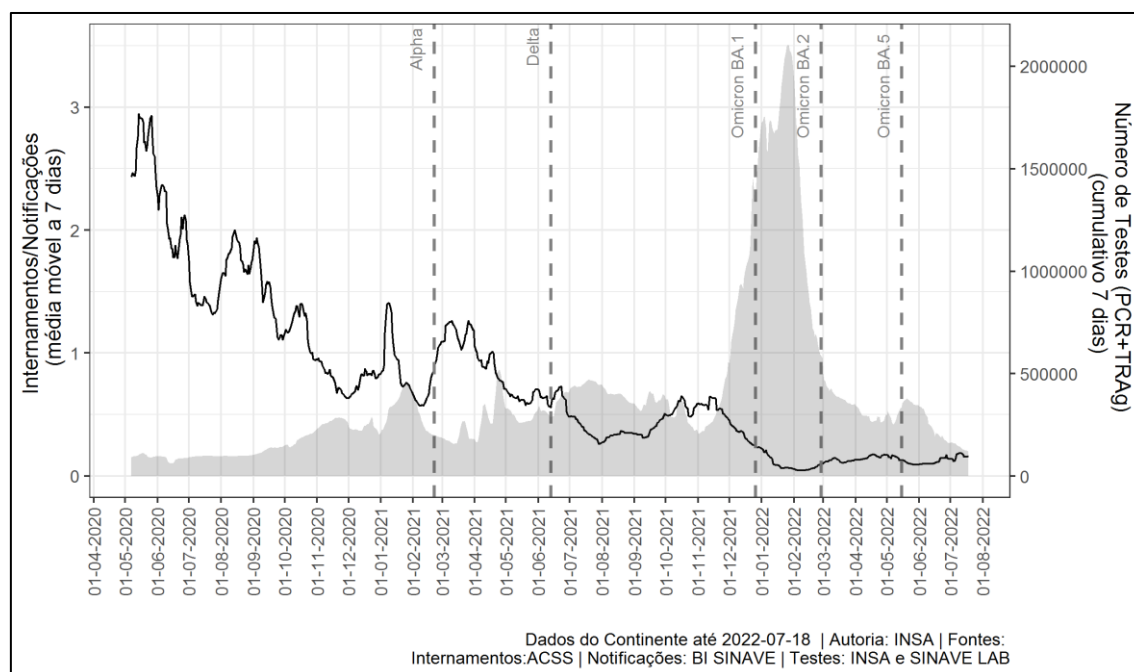


Figura 9. Evolução diária da razão de doentes COVID-19 internados nos hospitais do continente e novas infeções por SARS-CoV-2 notificadas no continente (média móvel 7 dias), entre 01/05/2020 e 18/07/2022, tendo sido considerado um desfasamento de 11 dias entre as notificações e os internamentos. A cinzento está representado o número de testes de diagnóstico de SARS-CoV-2 efetuados. As linhas verticais a tracejado identificam as datas em que cada uma das variantes identificadas se tornou prevalente.

Fonte: ACSS, BI SINAVE, INSA e SINAVE LAB; Autoria: INSA

Proporção de positividade

A percentagem de testes positivos para SARS-CoV-2 observada nos últimos 7 dias (12 a 18 de julho de 2022) foi de **29,4%**, (Figura 10) com tendência decrescente. Observa-se uma **diminuição no número de testes realizados em relação ao período anterior (138 640 vs 120 035)**.

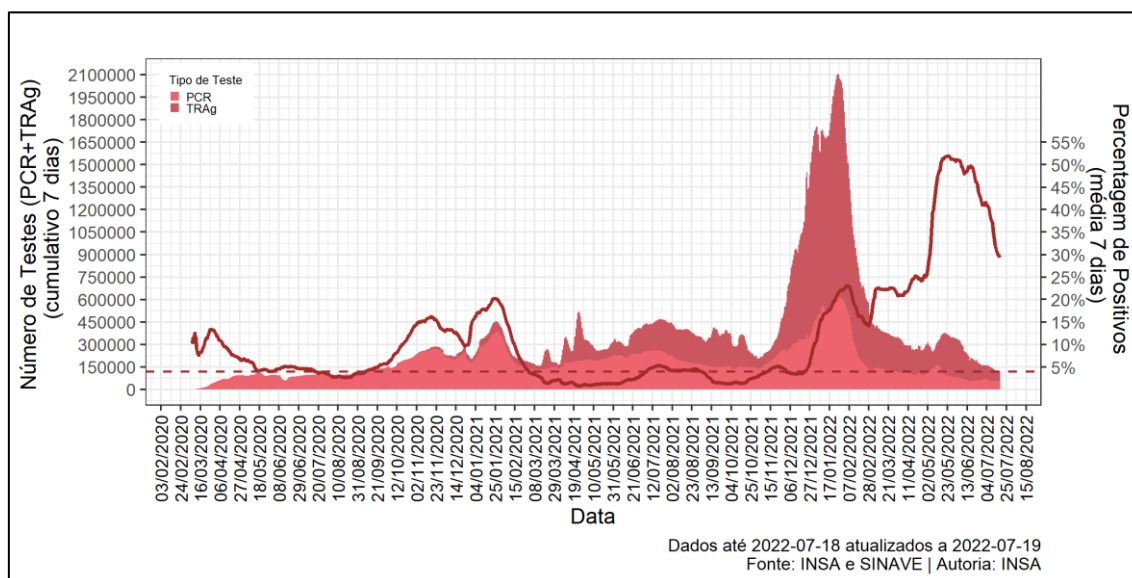


Figura 10. Testes laboratoriais para SARS-CoV-2 realizados, em número absoluto (amostras - representadas pela área sombreada) e proporção de testes positivos por testes realizados (%) - representada pela linha), por dia, em Portugal, de 02/03/2020 a 18/07/2022.

Fonte: INSA e SINAVE; Autoria: INSA

Variantes de SARS-CoV-2

Os dados detalhados sobre a circulação das variantes de SARS-CoV-2 e suas sublinhagens estão disponíveis no site <https://insaflu.insa.pt/covid19/>, onde é publicado semanalmente o relatório intitulado ***Diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) em Portugal***, sob coordenação do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Os dados aqui apresentados são os mais relevantes do último relatório semanal ([aqui](#)), não obstante a inclusão de atualizações que se julguem pertinentes.

A Figura 11 mostra a **previsão da frequência relativa das variantes em circulação nas últimas semanas**, com base em dados de sequenciação (amostragens semanais aleatórias). **A linhagem BA.5 da variante Omicron**, que apresenta mutações adicionais com impacto na entrada do vírus nas células humanas e/ou na sua capacidade de evasão à resposta imunitária, continua a ser claramente dominante em Portugal, apresentando **uma frequência relativa de 95%** na semana 27 (04/07/2022 a 10/07/2022).

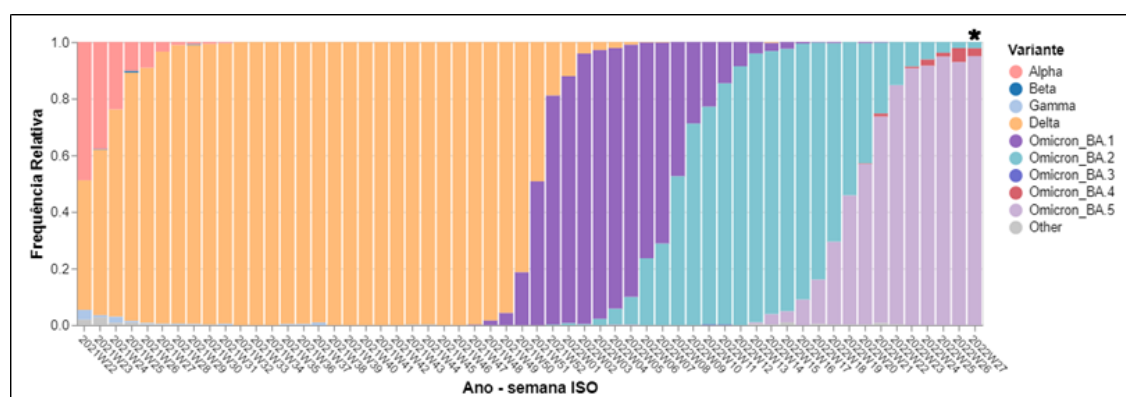


Figura 11. Evolução da frequência relativa semanal das variantes de SARS-CoV-2 em circulação em Portugal entre as semanas ISO 22/2021 (31/05/2021 a 06/06/2021) e 27/2022 (04/07/2022 a 10/07/2022). *É de esperar a existência de algumas flutuações nas frequências apresentadas para a última semana em análise (semana ISO 27), na medida em que ainda estão a ser apurados dados relativos a esse período. No site <https://insaflu.insa.pt/covid19/> podem ser consultados, de forma interativa, este e outros gráficos relativos à circulação de variantes/linhagens de SARS-CoV-2 em Portugal.

Mortalidade Específica por COVID-19

A 19 de julho de 2022, a mortalidade específica por COVID-19 registou um valor de **23,5 óbitos a 14 dias por 1 000 000 habitantes**, o que revela uma **tendência decrescente**. Este valor é superior ao limiar de 20,0 óbitos em 14 dias por 1 000 000 habitantes, definido pelo Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC).

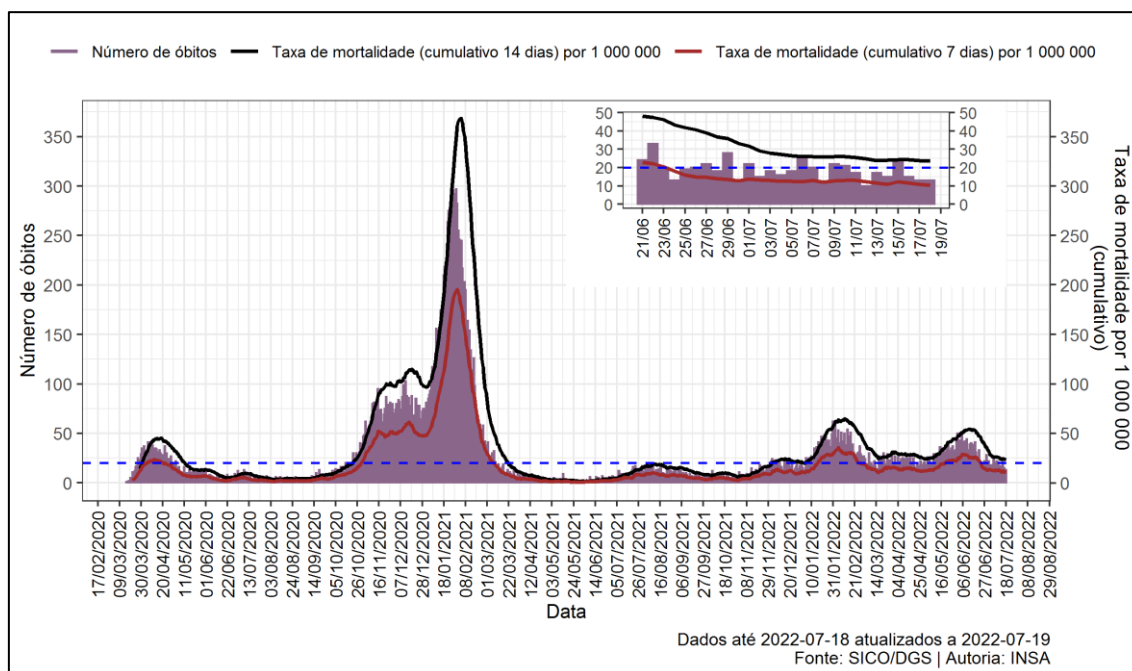


Figura 12. Evolução da taxa de mortalidade específica por COVID-19 (acumulada a 14 dias e a 7 dias por 1 000 000) até 18/07/2022. A linha a tracejado azul corresponde ao limiar definido pelo Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC). Fonte: SICO | DGS; Autoria: INSA.

Mortalidade por todas as causas

A mortalidade por todas as causas na última semana encontra-se **acima do limite superior dos valores esperados** para esta época do ano (Figura 13), com um z-score de 6,8, o que indica um **excesso de mortalidade** por todas as causas, em parte associado à mortalidade específica por COVID-19.

Note-se que nas últimas 2 semanas, Portugal esteve sob a influência de temperaturas máximas muito elevadas, um fator conhecido como tendo efeito na mortalidade.

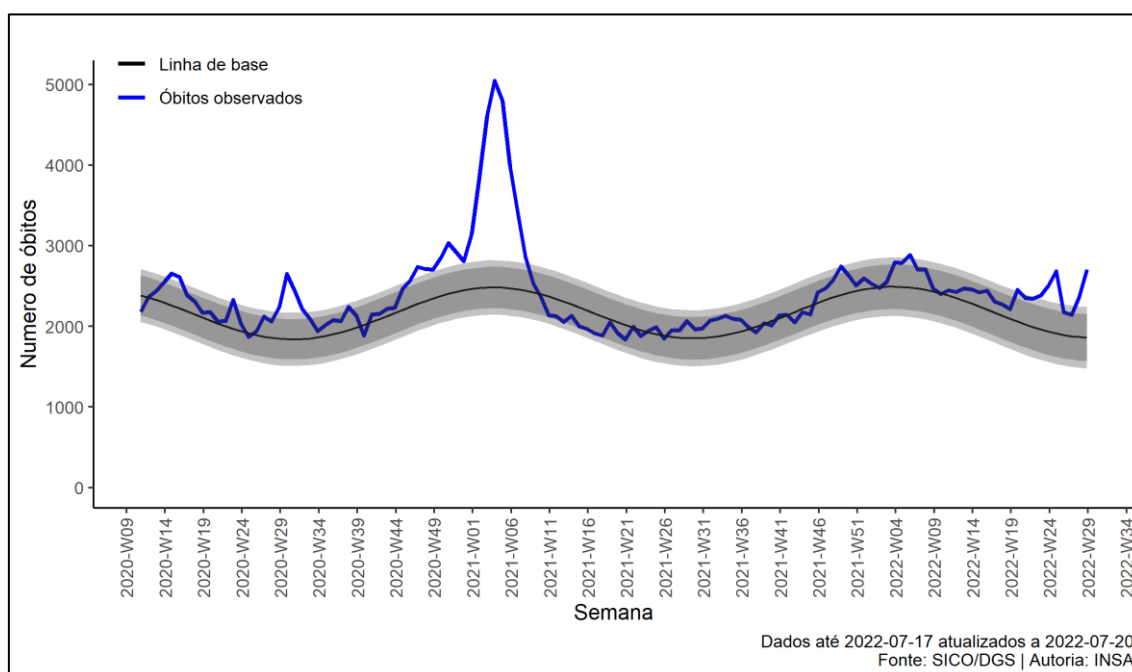


Figura 13. Evolução da mortalidade semanal por todas as causas entre 02/03/2020 e 06/07/2022. A linha azul corresponde à mortalidade observada, a linha preta à linha de base e as áreas a sombreados ao seu intervalo de confiança a 95% e 99%. Fonte: SICO | DGS; Autoria: INSA.

Internamentos e Óbitos COVID-19 por estado vacinal

Atualizado a 19.06.2022

A consolidação dos dados dos internamentos por estado vacinal só ocorre cerca de dois meses após o diagnóstico, pelo que o risco de hospitalização é apresentado com maior atraso que o risco de morte (letalidade).

Entre 1 e 31 de maio de 2022, as pessoas com idade igual ou superior a 50 anos com um **esquema vacinal completo** parecem apresentar um **risco de internamento semelhante** ao das pessoas sem um esquema vacinal completo. Esta evidência vem reforçar a recomendação de dose de reforço nos grupos etários mais velhos.

Conforme a Figura 14, para os casos diagnosticados no mês de abril, com **idade igual ou superior a 80 anos**, por cada 100 casos sem um esquema vacinal completo, cerca de 10 casos foram internados. Por cada 100 casos com um esquema vacinal completo, cerca de 9 casos foram internados. **O risco de internamento neste grupo etário, para quem tem dose de reforço, é 3 vezes menor do que o risco de internamento de quem tem vacinação completa.**

Estes resultados apenas têm em consideração a ocorrência de hospitalização, independentemente de características específicas dos casos, pelo que devem ser enquadrados com os dos estudos de efetividade vacinal, que têm em consideração esses fatores, e interpretados com precaução, dados os métodos diferentes utilizados por cada abordagem.

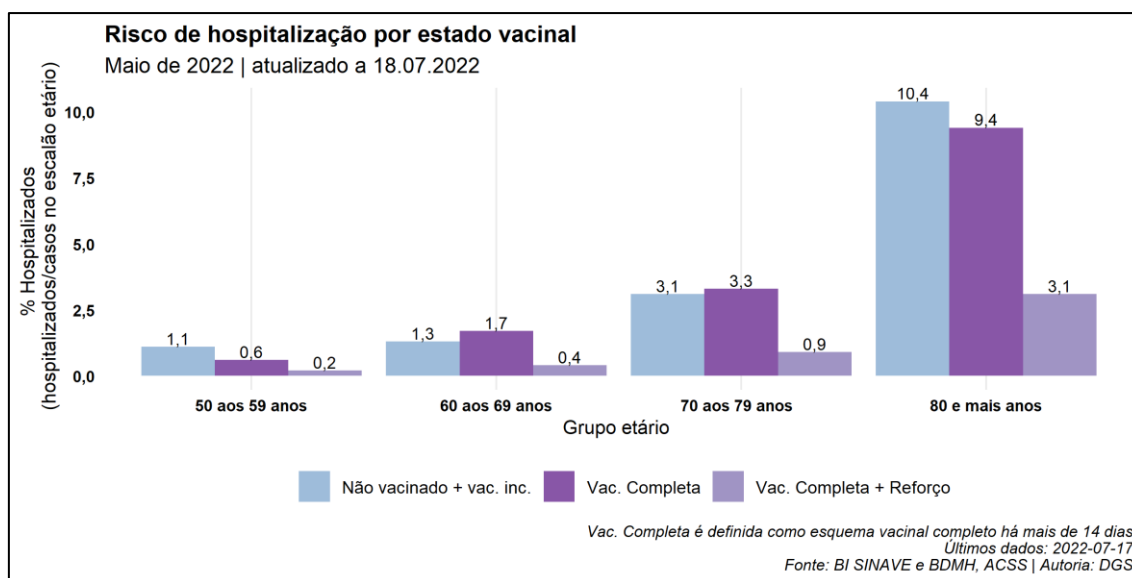


Figura 14. Risco de hospitalização entre casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 por estado vacinal, por grupo etário, em Portugal, entre 01/05/2022 e 31/05/2022.

Fonte: BI SINAVE, VACINAS, BDMH; Autoria: DGS.

Relativamente à ocorrência de óbitos por COVID-19, tendo em conta o estado vacinal conhecido, verificou-se que, no mês de junho (entre 1 e 30 de junho de 2022), ocorreram 137 óbitos (15%) em pessoas não vacinadas, 14 óbitos (2%) em pessoas com vacinação incompleta, 102 óbitos (11%) em pessoas com esquema vacinal completo, 609 (67%) óbitos em pessoas com a primeira dose de reforço e 43 (5%) óbitos em pessoas com a segunda dose de reforço contra a COVID-19.¹

No entanto, estes valores devem ser interpretados tendo em consideração o número de casos total por estado vacinal (Figura 15). Entre os casos diagnosticados em junho com **80 ou mais anos**, cerca de **8%** dos casos **sem um esquema vacinal** completo morreram devido à COVID-19, **5%** dos casos **com um esquema vacinal** completo morreram devido à COVID-19, cerca de **2%** dos casos com **uma dose de reforço** morreram devido a COVID-19 e cerca de **1%** dos casos com uma **segunda dose de reforço** morreram devido a COVID-19.

Ou seja, **na população com 80 e mais anos, a segunda dose de reforço reduz o risco de morte por COVID-19 em quatro vezes em relação a quem tem o esquema vacinal completo, e reduz em sete vezes o risco de morte em relação aos não vacinados ou com esquema incompleto.**

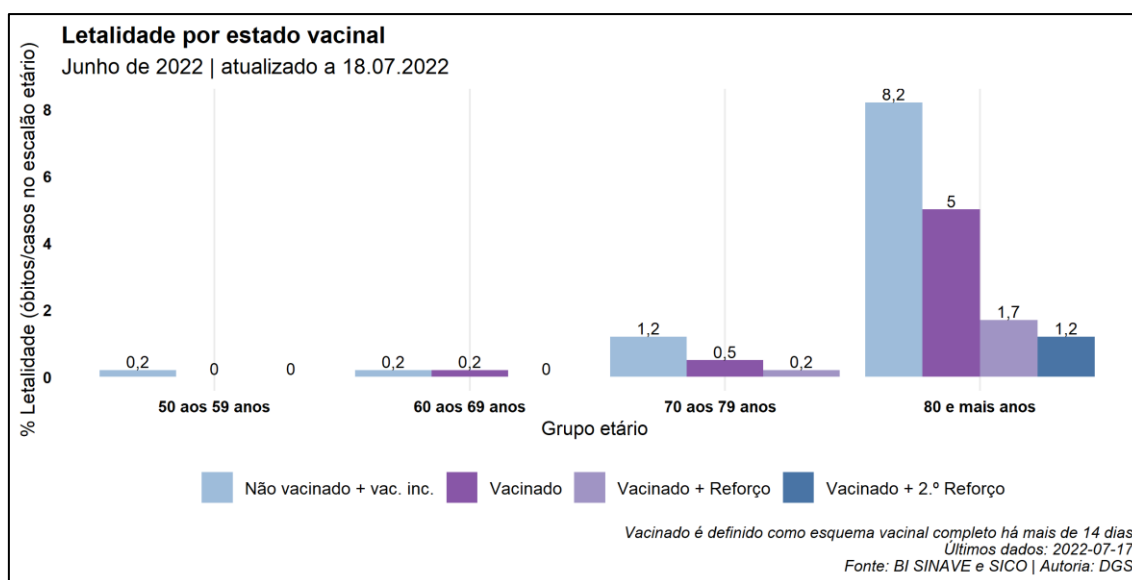


Figura 15. Risco de morte por COVID-19 entre casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 por estado vacinal, por grupo etário, em Portugal, entre 01/06/2022 e 30/06/2022.

Fonte: BI SINAVE, VACINAS, BDMH; Autoria: DGS.

Os dados de maio são **ainda provisórios**, uma vez que se podem vir a observar óbitos em pessoas infetadas no final deste mês.

¹ Em 73 óbitos (7%) ocorridos no mês de junho de 2022 não foi possível realizar a ligação de dados.

Efetividade vacinal

Atualizado a 19.07.2022

A efetividade da vacina é uma medida que permite avaliar o efeito protetor das vacinas em condições reais de utilização.

Os estudos nacionais de efetividade das vacinas contra a COVID-19 na população com 18 e mais anos, e que compreendem a análise do período de março a abril 2022, sugerem efetividade elevada da 1.ª dose de reforço das vacinas contra a COVID-19 no internamento hospitalar e óbitos associados à COVID-19.

Quadro 4. Efetividade da dose de reforço das vacinas contra COVID-19 na população com 18 ou mais anos

Grupo etário	Outcome	Efetividade (%)	IC95 (%)
18-49 anos	Hospitalização	86	71 a 93
	Óbito	86	54 a 96
50-64 anos	Hospitalização	86	75 a 92
	Óbito	76	48 a 89
65-79 anos	Hospitalização	90	86 a 93
	Óbito	82	74 a 88
≥80 anos	Hospitalização	76	69 a 81
	Óbito	76	71 a 81

IC95: intervalo de confiança a 95%.

Fonte e autoria INSA (Dados até 25/04/2022 atualizados a 15/07/2022)

Fonte: Estudos da efetividade das vacinas contra COVID-19 (DEP) | Autoria: INSA

Suspeitas de reinfeção

Entre 3 de março de 2020 e 18 de julho de 2022 foram registados 5 301 167 episódios de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19. Destes, 338 018 são episódios de suspeitas de reinfeção, o que perfaz **6,4%** do total de casos (Quadro 5).

Quadro 5. Proporção de reinfeções, por período de maior prevalência nacional das diferentes variantes de SARS-CoV-2, até 18/07/2022.

Variante	Data de prevalência de variante $\geq 50\%^*$	Reinfeções (%)
Wild-type (WT)	03/03/2020	0,4
Alpha (B.1.1.7)	21/02/2021	3,1
Delta (B.1.617.2 + sublinhagens)	13/06/2021	2,3
Omicron BA.1 (+ sublinhagens)	26/12/2021	6,1
Omicron BA.2 (+ sublinhagens)	27/02/2022	6,7
Omicron BA.5	15/05/2022	13,4
Total		6,4

Fontes: BI SINAVE/DGS e *INSA ("Variantes/linhagens: frequência e dispersão geotemporal" <https://insaflu.insa.pt/covid19/>).

Esta proporção variou ao longo dos meses, conforme observado na Figura 16.

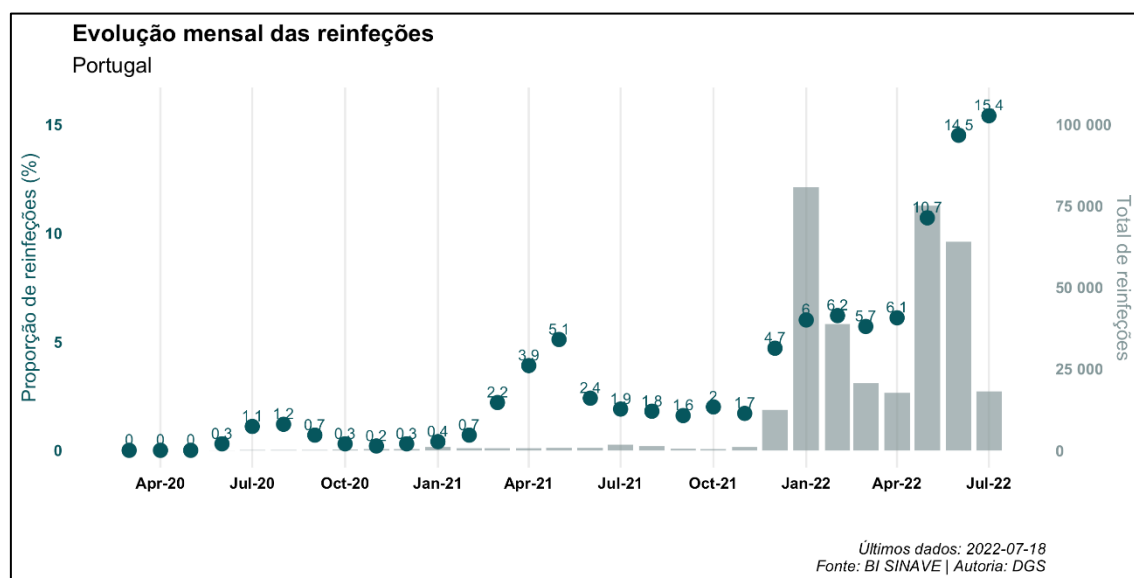


Figura 16. Proporção (eixo das ordenadas esquerdo) e número absoluto (eixo das ordenadas direito) mensais dos episódios de suspeita de reinfeção.

Fonte: BI SINAVE | Autoria: DGS.

Na Figura 17, a curva contínua corresponde à evolução temporal da incidência cumulativa de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 a 7 dias por 100 000 habitantes incluindo os episódios de suspeita de reinfeção, e a curva a tracejado corresponde à evolução temporal da mesma incidência não considerando os episódios de suspeita de reinfeção.

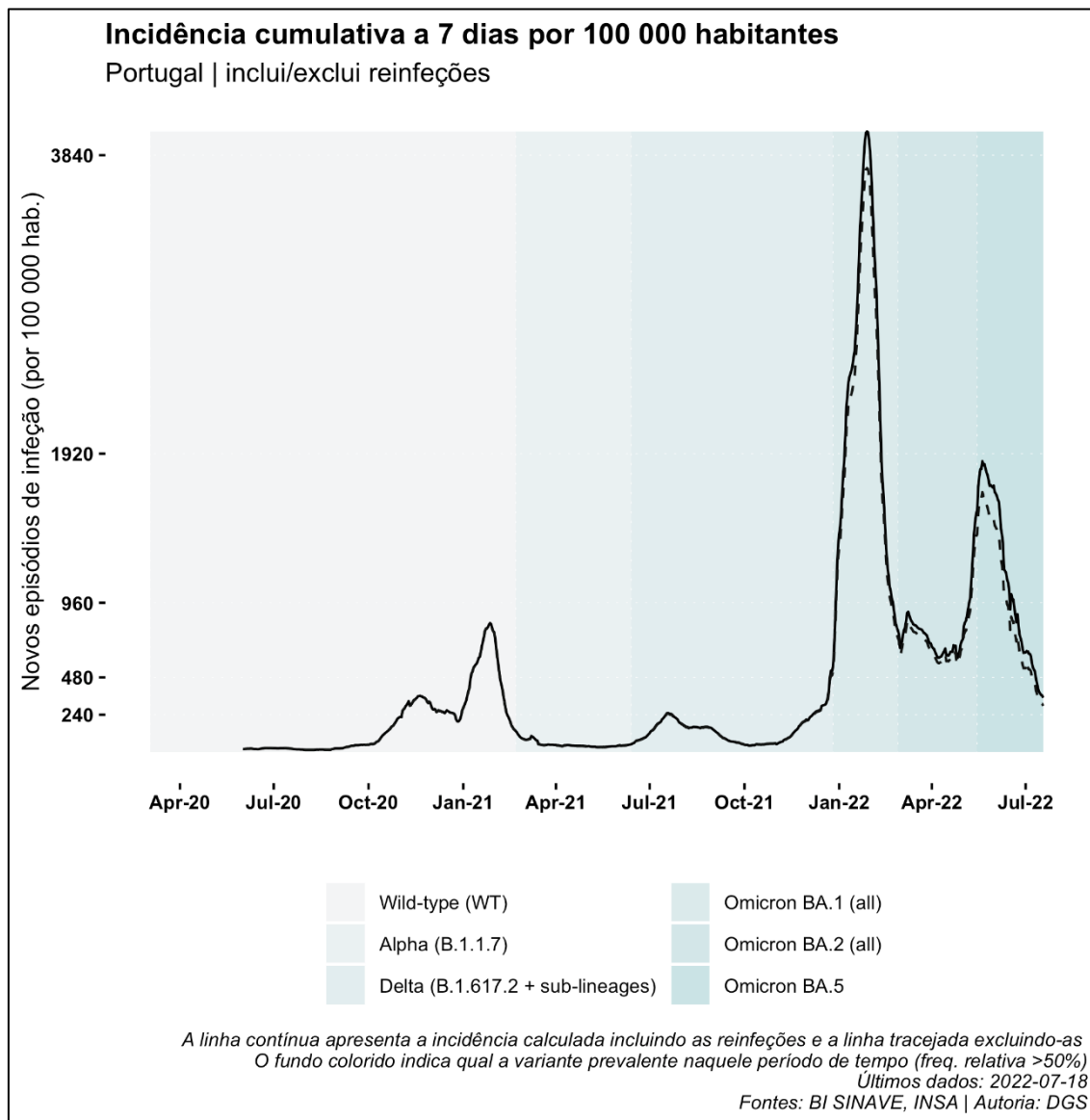


Figura 17. Incidência cumulativa a 7 dias por 100 000 habitantes, em Portugal, de 01/06/2020 a 18/07/2022. A linha contínua apresenta a incidência incluindo os episódios de suspeita de reinfeção, e a curva a tracejado excluindo-os.

Fontes: BI SINAVE, INSA | Autoria: DGS.

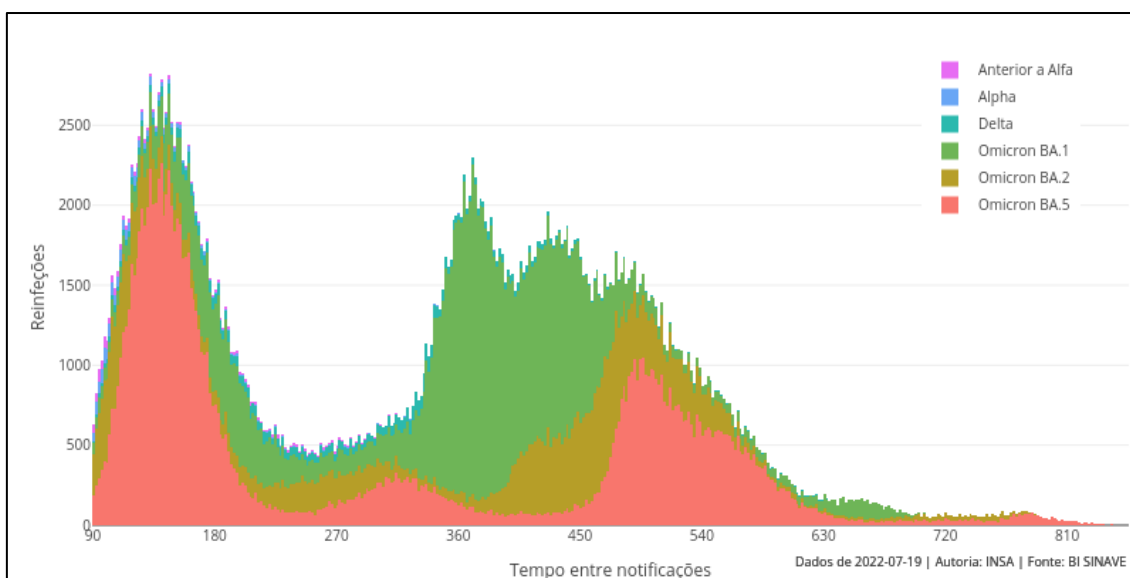


Figura 18. Número acumulado de reinfeções reportadas por tempo entre notificações e variante predominante.
Fontes: BI SINAVE, INSA | Autoria: INSA.

A maior percentagem de reinfeções reportada entre 91 e 180 dias ocorreu em período com predominância de *Omicron* BA.5 (68,5%), conforme Figura 18.

Nota Metodológica

Incidência cumulativa a 7 dias

As fontes de dados para o cálculo da incidência cumulativa a 7 dias são provenientes da plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e do Instituto Nacional de Estatística, IP (INE). Este indicador resulta do quociente entre o número de novos casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 notificados no período em análise (numerador) e a população residente em Portugal, estimada a 31 de dezembro de 2020 (denominador) pelo INE.

Número de reprodução efetivo, $R(t)$

A fonte de informação utilizada corresponde aos casos notificados na plataforma informática de suporte ao SINAVE e enviados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). O método utilizado para o cálculo do $R(t)$ pelo INSA tem como indicadores o número diário de novos casos e a distribuição do *serial interval*, isto é, o intervalo de tempo entre o início de sintomas do infetado e do infetante. Para cada dia, o método calcula o quociente do número de casos infetados observados nesse dia com o número esperado de casos que mais provavelmente infetaram os primeiros. Este rácio devolve o número diário esperado de novos infetados por infetante. Dado que existe um número elevado de indivíduos com data de início de sintomas omissa, foi adotado um método de imputação das datas em falta baseado na distribuição do atraso entre a data de início de sintomas e a data de diagnóstico, estratificada pelo grupo etário e região de saúde, e calculada em janelas temporais de 15 dias. Numa segunda fase, procedeu-se à estimativa do número de casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 já ocorridos na população (início de sintomas) mas ainda não diagnosticados, utilizando um procedimento de *nowcast*. Este método utiliza um modelo de regressão para estimar a proporção de casos, em cada dia, que ainda não foi reportada.

Número de camas ocupadas em enfermaria

A fonte de dados é a informação reportada pelos hospitais do setor público, privado e social às Administrações Regionais de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Realizou-se uma análise descritiva da evolução dos valores diários, sendo que os dados reportados diariamente representam o número total de camas ocupadas com casos de COVID-19 no momento de reporte, e não o número de novos casos de COVID-19 internados em determinado dia.

Número de camas ocupadas em Unidade de Cuidados Intensivos

A fonte de dados é a informação reportada pelos hospitais do setor público, privado e social às Administrações Regionais de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Realizou-se uma análise descritiva da evolução dos valores diários, sendo que os dados reportados diariamente representam o número total de camas ocupadas com casos de COVID-19 no momento de reporte, e não o número de novos casos de COVID-19 internados em determinado dia.

Capacidade em Medicina Intensiva

De acordo com a Comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva para a COVID-19, as camas de Medicina Intensiva abertas depois de março de 2020, e que podem permanecer abertas sem perturbar a atividade não relacionada com COVID-19, não devem ter uma taxa de ocupação com doentes COVID-19 superior a 75%, para assim poder garantir-se uma resposta a esta doença.

A gestão integrada da capacidade do Serviço Nacional de Saúde pressupõe uma resposta em rede. Em medicina intensiva, isso significa que as necessidades regionais podem ser supridas com respostas de outras regiões com maior capacidade. A distribuição regional é apresentada no quadro 6.

Quadro 6. Ocupação máxima recomendada para doentes COVID-19 em Unidades de Cuidados Intensivos, atualizado a 23 de julho de 2021

Território	Número de camas total (máximo)	Nível de alerta (75%)
Continente	338	255
Norte	100	75
Centro	45	34
Lisboa e Vale do Tejo	137	103
Alentejo	26	20
Algarve	30	23

Razão entre doentes internados e novas infeções notificadas

O número de doentes COVID-19 internados em enfermaria geral e em Unidades de Cuidados Intensivos dos hospitais do continente é obtido da informação reportada pelos hospitais do setor público, privado e social às Administrações Regionais de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde, IP. O número de infeções notificadas é obtido da plataforma de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, sendo consideradas as primeiras infeções e reinfeções. Foi considerado um desfasamento de 11 dias entre as infeções notificadas e o número de doentes internados.

Proporção de Positividade

Os dados foram fornecidos pelo Ministério da Saúde e corresponderam ao número de testes de infeção por SARS-CoV-2 realizados no INSA, em laboratórios públicos, privados e outras instituições, incluindo laboratórios universitários e politécnicos, o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos, o laboratório do Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária, IP, o laboratório do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, o laboratório da Fundação Champalimaud e o laboratório do Instituto Gulbenkian de Ciência.

Consideram-se testes de infeção por SARS-CoV-2, os testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR) e testes rápidos de antígeno (TRAg).

A proporção de positividade é dada pela razão entre o cumulativo do número de testes positivos a 7 dias pelo cumulativo do número de testes realizados nos últimos 7 dias.

Novas variantes de SARS-CoV-2

Em Portugal, a monitorização da frequência e dispersão geotemporal das variantes de SARS-CoV-2 é levada a cabo, sob coordenação do INSA, através da sequenciação total do genoma viral em amostragens aleatórias semanais de âmbito nacional. Em determinadas fases da pandemia, os procedimentos laboratoriais de sequenciação tiveram o apoio de alguns membros do consórcio GenomePT.

A técnica de sequenciação é a abordagem mais específica e robusta para identificação de variantes, sendo a recomendada pelas autoridades internacionais de Saúde.

Em determinados contextos (p. ex., aquando da entrada em circulação de novas variantes) tem sido possível utilizar outras abordagens em paralelo, nomeadamente: i) Pesquisa dirigida (por PCR) de mutações, ou combinações de mutações. Trata-se de uma abordagem rápida e de elevado valor preditivo para identificação de determinadas variantes. Em determinadas situações, esta abordagem não dispensa a sequenciação total do genoma viral; ii) Monitorização em tempo-real da “falha” na deteção do gene S. A “falha” na deteção do gene S (SGTF – *S gene target failure*) observada em alguns kits de diagnóstico por PCR em tempo real é um dos critérios laboratoriais utilizados para identificar casos suspeitos de algumas variantes (nomeadamente *Alpha* e linhagens BA.1, BA.4 e BA.5 da *Omicron*).

Mortalidade específica por COVID-19

A mortalidade específica por COVID-19 usa como fonte de dados o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) da Direção Geral da Saúde. São considerados como óbitos por COVID-19, aqueles, que após análise, a COVID-19 é considerada a causa básica de morte de acordo com regras definidas pela Organização Mundial da Saúde.

Mortalidade por todas as causas

A mortalidade por todas as causas usa como fonte de dados o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) da Direção-Geral da Saúde. A metodologia para estimar a linha de base é uma adaptação do modelo proposto por [Serfling](#), em que se usam dados desde 2007, retirando-se os períodos potencialmente associados a excessos de mortalidade já identificados no passado (epidemias de gripe, epidemia de COVID-19, períodos de frio ou de calor extremo). Os excessos de mortalidade são definidos como períodos em que a mortalidade está acima do limite superior do intervalo de confiança por duas ou mais semanas consecutivas ou acima do limite superior do intervalo de confiança a 99 % por uma ou mais semanas consecutivas.

Internamentos e Óbitos COVID-19 por estado vacinal

A fonte para o estado vacinal é a Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação (VACINAS). Foram consideradas pessoas não vacinadas as que não tinham registo de administração de dose de vacina contra a COVID-19. Consideraram-se como pessoas com vacinação incompleta aquelas que ainda não tinham completado o esquema vacinal recomendado ou tinham-no completado há menos de 14 dias (conforme os critérios da Norma 002/2021 da DGS). Foram consideradas pessoas com esquema vacinal completo as que o completaram há mais de 14 dias.

A fonte para a hospitalização é a base de dados de morbilidade hospitalar que resulta da codificação clínica efetuada pelos hospitais em ICD10 após a alta do doente, podendo existir em algumas instituições maior atraso nesta codificação (o que pode resultar numa diminuição temporária dos episódios reportados). Foram consideradas para o risco de hospitalização só pessoas com diagnóstico principal e COVID-19 (U071). A fonte de dados para o apuramento dos casos de infeção a SARS-CoV-2 / COVID-19 e para mortalidade específica por COVID-19 estão descritas acima.

Efetividade das vacinas contra a COVID-19

Os métodos usados na estimativa da efetividade das vacinas contra a COVID-19 em relação à hospitalização e morte associadas à infeção por SARS-CoV-2 podem ser encontrados em: Nunes Baltazar, Rodrigues Ana Paula, Kislaya Irina, Cruz Camila, Peralta-Santos André, Lima João, Pinto Leite Pedro, Sequeira Duarte, Matias Dias Carlos, Machado Ausenda. *mRNA vaccine effectiveness against COVID-19-related hospitalisations and deaths in older adults: a cohort study based on data linkage of national health registries in Portugal, February to August 2021*. Euro Surveill. 2021;26(38):pii=2100833. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.38.2100833>

Tendência dos indicadores

A tendência de cada um dos indicadores será considerada tendo em conta a sua evolução nas últimas três semanas, classificando-se como:

- **Estável** quando os últimos três valores não têm variações no mesmo sentido (crescente ou decrescente);
- **Crescente** quando os últimos três valores são consecutivamente crescentes;
- **Decrescente** quando os últimos três valores são consecutivamente decrescentes.

Classificação dos indicadores

A classificação dos indicadores será considerada tendo em conta diferentes intervalos por forma a orientar a análise de risco (Quadro 7).

Quadro 7. Classificação de indicadores recomendada

Indicadores	Reduzido	Moderado	Elevado	Muito elevado
Incidência cumulativa a 7 dias por 100 000 hab.	< 60	[60 – 120[	[120 – 240[	≥ 240
R(t)	< 1,00	[1,00 – 1,10[	[1,10 – 1,20[	≥ 1,20
Razão entre doentes internados e infeções notificadas	< 0,19	[0,19 – 0,56[	[0,56 – 0,79[	≥ 0,79
Número de camas ocupadas em UCI	< 170	170 - 254	255 - 286	≥ 287
Mortalidade específica por COVID-19 a 7 dias por milhão de hab.	< 10	[10 – 19[	[20 – 50[	≥ 50
Mortalidade por todas as causas (z-score)	[2 – 4[	[4 – 6[	[6– 8[	≥ 8

Contagem de episódios de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19

Às 00:00 de 18 de maio de 2022 entrou em vigor a contabilização dos episódios de suspeita de reinfeção, com a atualização retrospectiva dos casos cumulativos. É considerado um episódio de suspeita de reinfeção um episódio de infeção de SARS-CoV-2 conforme a definição de caso em vigor, e com infeção prévia documentada no BI SINAVE há mais de 90 dias de uma nova data de diagnóstico.

Anexo

Indicadores a 14 dias

De modo a ser possível a comparação com os indicadores publicados no Relatório de Monitorização das Linhas Vermelhas, disponibilizam-se os indicadores de incidência e transmissibilidade calculados a 14 dias.

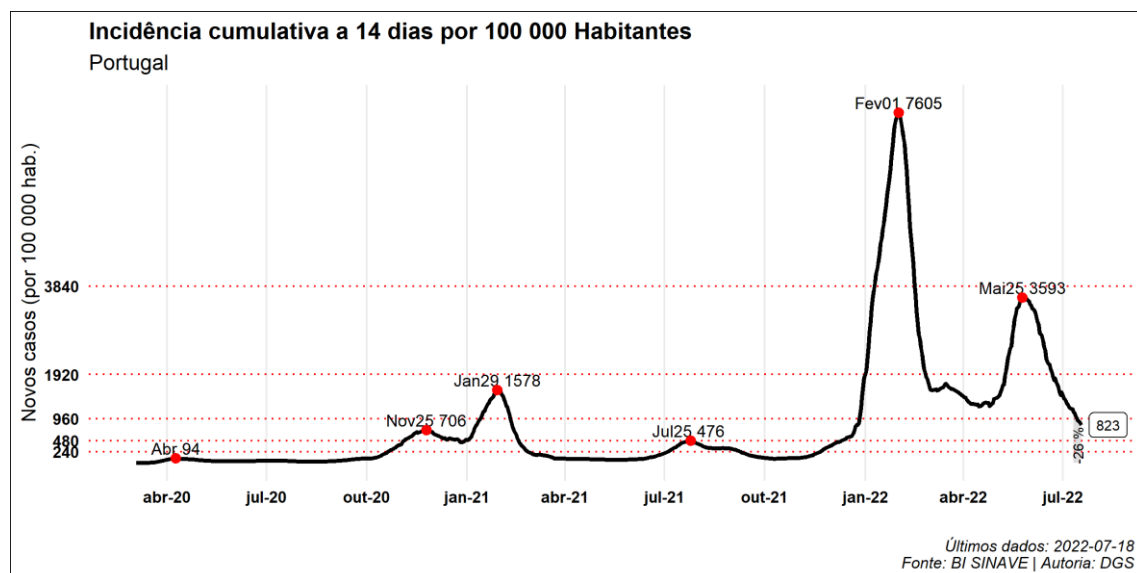


Figura A1. Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes), em Portugal, de 20/03/2020 a 18/07/2022.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

Quadro A1. Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes) e variação relativa (%) aos sete dias anteriores, por região de saúde do continente, a 18/07/2022.

Região de saúde	Incidência Cumulativa a 14 dias	Variação (%)
Norte	552	- 26
Centro	732	- 26
Lisboa e Vale do Tejo	990	- 27
Alentejo	869	- 22
Algarve	1 379	- 24

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

Quadro A2. Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes), por grupo etário, a 18/07/2022 (variação relativa à semana anterior).

Grupo etário	Incidência Cumulativa a 14 dias	Variação (%)
0 – 9 anos	431	- 36
10 – 19 anos	408	- 22
20 – 29 anos	905	- 23
30 – 39 anos	1 032	- 27
40 – 49 anos	893	- 27
50 – 59 anos	903	- 27
60 – 69 anos	903	- 25
70 – 79 anos	979	- 24
80 ou mais anos	741	- 20

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

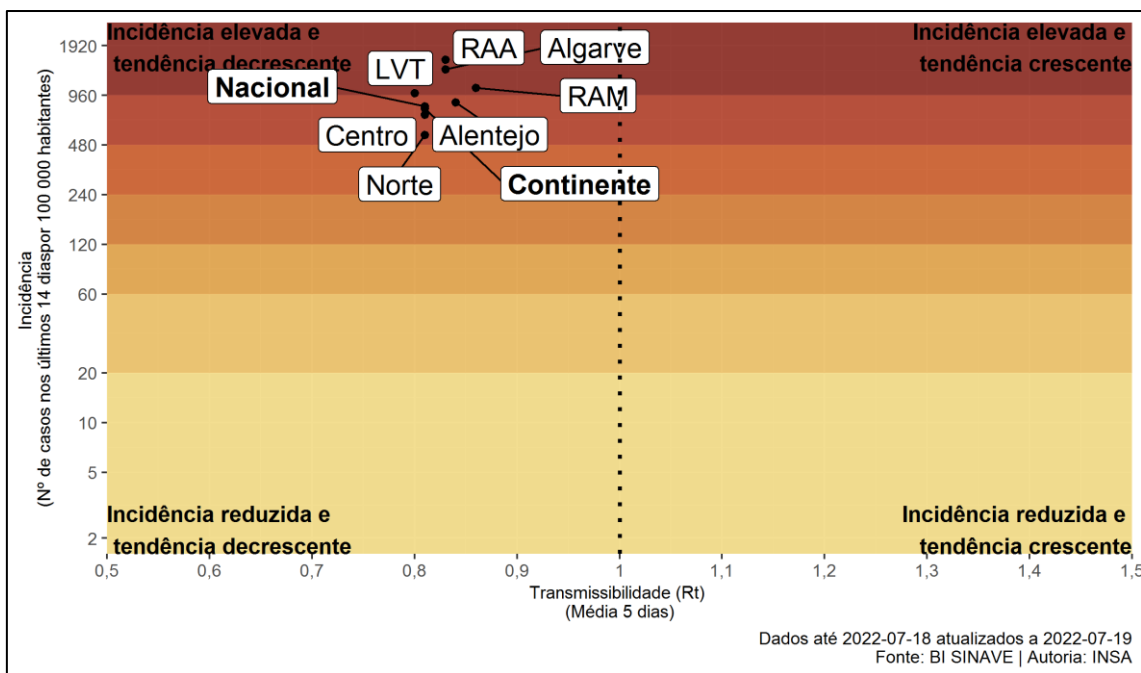


Figura A2. Gráfico de dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada de infeções por SARS-CoV-2 / COVID-19 a nível nacional (inclui Regiões Autónomas), continente, regiões de saúde do continente e regiões autónomas. Nota: os valores de incidência apresentados referem-se a um período de 14 dias.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: INSA