

## COVID-19

## ANÁLISE DE RISCO

**Relatório n.º 22**  
Report no. 22

# Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19

## Monitoring of red lines for COVID- 19

**27 de agosto de 2021**  
August 27<sup>th</sup>, 2021

### FICHA TÉCNICA

[Análise de Risco] Monitorização das  
linhas vermelhas para a COVID-19  
Relatório n.º 22  
Lisboa: agosto, 2021

### AUTORES

#### DGS

André Peralta Santos  
Pedro Pinto Leite  
Pedro Casaca  
Francisco Mata

#### INSA

Carlos Matias Dias  
Baltazar Nunes  
João Paulo Gomes  
Vítor Borges  
Susana Silva  
Ana Paula Rodrigues  
Liliana Antunes  
Constantino Caetano

## Resumo

---

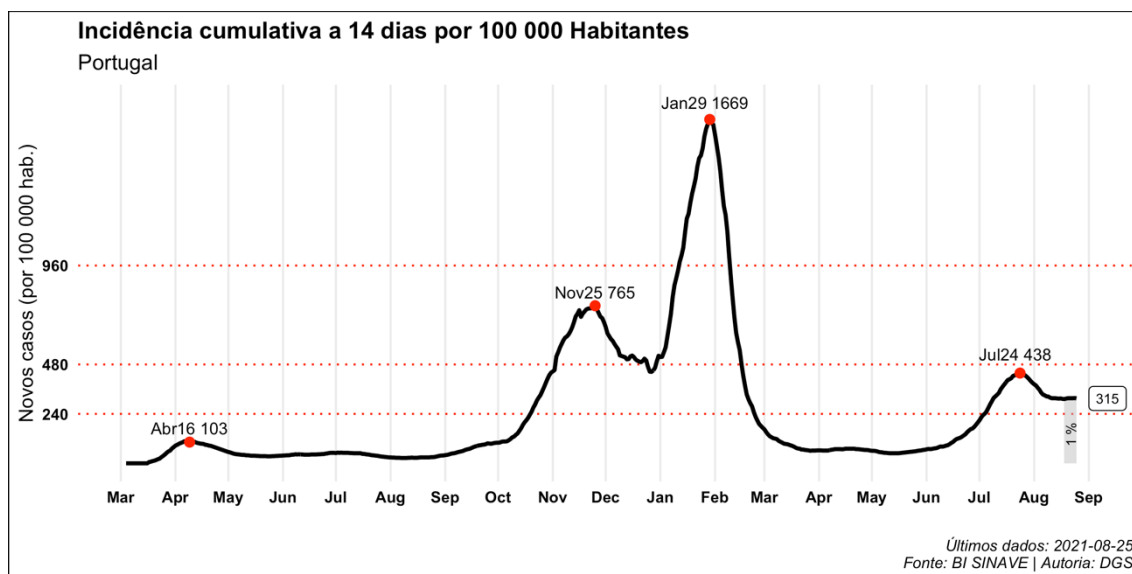
- O número de novos casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, por 100 000 habitantes, acumulado nos últimos 14 dias, foi de 315 casos, com tendência estável a nível nacional. Apenas no Algarve se observa uma incidência superior ao limiar de 480 casos em 14 dias por 100 000 habitantes (720).
- No grupo etário de 65 ou mais anos, o número de novos casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, por 100 000 habitantes, acumulado nos últimos 14 dias, foi de 124 casos, com tendência estável a crescente a nível nacional.
- O  $R(t)$  apresenta valor ligeiramente inferior a 1, indicando uma tendência estável a decrescente da incidência de infeções por SARS-CoV-2 a nível nacional (0,99) e nas regiões Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. Nas regiões Norte, Centro e Alentejo o  $R(t)$  é igual ou superior a 1, o que corresponde a uma tendência de incidência constante a crescente nestas regiões.
- O número de casos de COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) no continente revelou uma tendência estável a crescente, correspondendo a 59% (na semana anterior foi de 55%) do valor crítico definido de 255 camas ocupadas.
- A nível nacional, a proporção de testes positivos para SARS-CoV-2 foi de 4,4% (na semana anterior foi de 4,0%) encontrando-se acima do limiar definido de 4,0%. Observou-se uma diminuição do número de testes para deteção de SARS-CoV-2 realizados nos últimos sete dias.
- A proporção de casos confirmados notificados com atraso foi de 5,6% (na semana passada foi de 4,1%), mantendo-se abaixo do limiar de 10,0%.
- Nos últimos 7 dias, pelo menos 95% dos casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 foram isolados em menos de 24 horas após a notificação e, no mesmo período, foram rastreados e isolados, quando necessário, todos os contactos em 81% dos casos.
- A variante Delta (B.1.617.2), originalmente associada à Índia, é a variante dominante em todas as regiões, com uma frequência relativa de 100% dos casos avaliados na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto) em Portugal.
- A mortalidade específica por COVID-19 (15,4 óbitos em 14 dias por 1 000 000 habitantes) tem tendência estável.
- A análise dos diferentes indicadores revela uma atividade epidémica de infeção por SARS-CoV-2 de elevada intensidade, com tendência estável a nível nacional, mas com provável tendência crescente na região Centro, nos grupos etários dos 10 aos 29 anos e acima dos 65 anos de idade. A pressão sobre os cuidados de saúde tem tendência estável a crescente. A mortalidade por COVID-19 tem tendência estável, ainda acima do valor de referência. A manter-se este quadro, a atividade epidémica na população sénior e a pressão nos serviços de saúde poderão aumentar nas próximas semanas.

## Summary

---

- The cumulative number of new SARS-CoV-2 / COVID-19 infections per 100 000 inhabitants over the last 14 days was 315, reflecting a stable trend. Only the Algarve has an incidence above the threshold of 480 cases per 14 days per 100 000 inhabitants (720).
- For age group 65 years old and older, the cumulative number of new SARS-CoV-2 infections per 100 000 inhabitants over the last 14 days was 124, reflecting a stable or increasing trend.
- The effective reproduction number ( $R(t)$ ) is below 1 at national level (0.99) and in the Lisboa e Vale do Tejo and Algarve regions. The Norte, Centro and Alentejo regions show  $R(t)$  values at or above 1, suggesting a stable or growth trends of SARS-CoV-2 incidence.
- The number of COVID-19 cases admitted to Intensive Care Units (ICU) in mainland Portugal showed a stable or increasing trend, corresponding to 59% (55% in the previous week) of the defined critical value of 255 occupied beds.
- The proportion of positive tests for SARS-CoV-2 was 4.4% (the previous week was 4.0%) which is above the defined threshold of 4.0%. There was a decrease in the number of tests for detecting SARS-CoV-2 performed in the last seven days.
- The proportion of confirmed cases with delayed notification was 5.6% (last week was 4.1%), remaining below its critical value of 10%.
- In the last 7 days, 95% of confirmed SARS-CoV-2/ COVID-19 cases were isolated in less than 24 hours after notification, and 81% of all cases had their contacts traced and quarantined, whenever necessary, within the same period.
- The Delta variant (B.1.617.2), originally associated with India, is the dominant variant in all regions, representing 100% of cases evaluated in week 32/2021 (9-15 Aug) in Portugal.
- The COVID-19 specific mortality (15,4 deaths per 100 000 inhabitants over the last 14 days) has a stable trend.
- The analysis of the different indicators reveals an epidemic activity of SARS-CoV-2 of high intensity, with a stable trend at national level, but with a probably increasing trend in Centro region, and in age groups 10 to 29 and 65 or more years of age. Pressure on health care has a stable trend. The COVID-19 mortality rate has a stable trend, however still above the reference value. If the present trends consolidate, an increasing epidemic activity in the senior population and the pressure on the health services can be expected for the upcoming weeks.

## Incidência cumulativa a 14 dias



**Figura 1.** Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes), em Portugal, de 18/03/2020 a 25/08/2021.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

A **Figura 1** apresenta a **incidência cumulativa a 14 dias** por 100 000 habitantes de casos de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 em Portugal, desde março de 2020.

A 25 de agosto de 2021, a **incidência cumulativa a 14 dias** foi de **315 casos** por 100 000 habitantes em Portugal, representando uma **tendência estável**. A incidência cumulativa a 14 dias por região de saúde do continente encontra-se no Quadro 1, salientando-se o **aumento da incidência** na região do Centro, enquanto as restantes regiões apresentam uma **tendência estável**. A região do Algarve mantém o valor de incidência mais elevado, acima do limiar de 480 casos por 100 000 habitantes.

**Quadro 1.** Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes) e variação relativa (%) aos sete dias anteriores, por região de saúde do continente, a 25/08/2021.

| Região de saúde       | Incidência Cumulativa a 14 dias | Variação (%) |
|-----------------------|---------------------------------|--------------|
| Norte                 | 318                             | + 5          |
| Centro                | 258                             | + 21         |
| Lisboa e Vale do Tejo | 298                             | - 7          |
| Alentejo              | 371                             | + 8          |
| Algarve               | 720                             | - 4          |

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

O grupo etário com incidência cumulativa a 14 dias mais elevada correspondeu ao **grupo dos 20 aos 29 anos** (806 casos por 100 000 habitantes), o mesmo apresenta uma possível **tendência estável a crescente**.

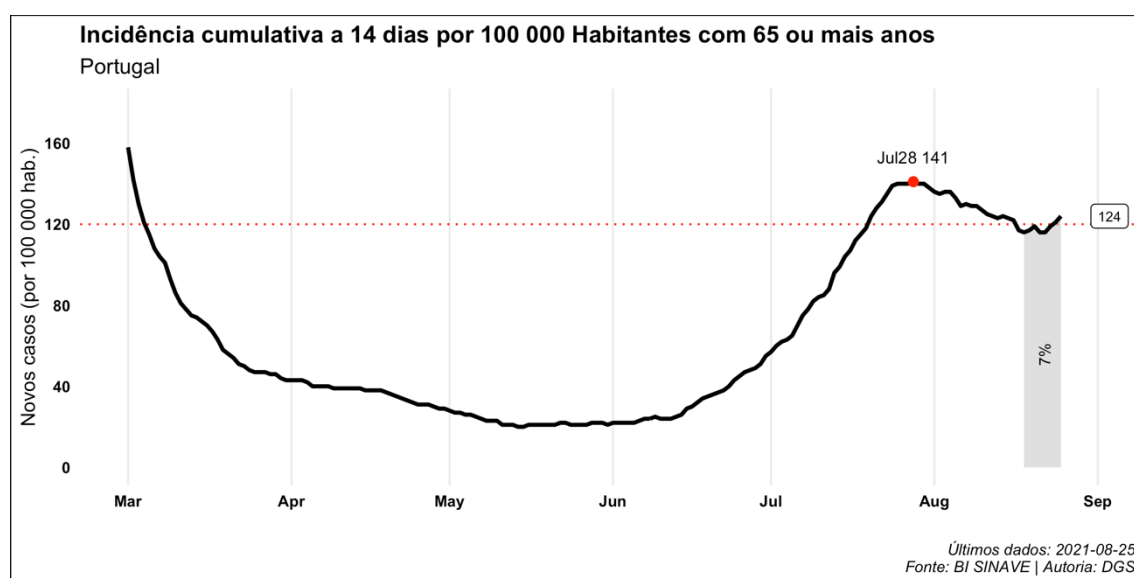
O **grupo etário dos indivíduos com 80 ou mais anos** apresentou uma incidência cumulativa a 14 dias de **149 casos** por 100 000 habitantes, que reflete um risco de

infecção inferior ao risco para a população em geral, com tendência estável a crescente.

**Quadro 2.** Incidência cumulativa a 14 dias (por 100 000 habitantes), por grupo etário, a 25/08/2021 (variação relativa face à semana anterior).

| Grupo etário    | Incidência Cumulativa a 14 dias | Variação (%) |
|-----------------|---------------------------------|--------------|
| 0 – 9 anos      | 259                             | - 5          |
| 10 – 19 anos    | 660                             | + 2          |
| 20 – 29 anos    | 806                             | + 4          |
| 30 – 39 anos    | 351                             | - 5          |
| 40 – 49 anos    | 221                             | - 4          |
| 50 – 59 anos    | 192                             | + 6          |
| 60 – 69 anos    | 127                             | 0            |
| 70 – 79 anos    | 111                             | + 10         |
| 80 ou mais anos | 149                             | + 9          |

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS



**Figura 2.** Incidência cumulativa a 14 dias no grupo etário 65 ou mais anos (por 100 000 habitantes), em Portugal, de 18/03/2020 a 25/08/2021.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS

**O grupo etário com 65 ou mais anos** apresenta uma taxa de incidência cumulativa a 14 dias de **124 casos** por 100 000 habitantes, valor inferior ao limiar definido de 240 casos por 100 000. A variação deste indicador apresenta uma **tendência estável a crescente**.

## Número de reprodução efetivo, $R(t)$

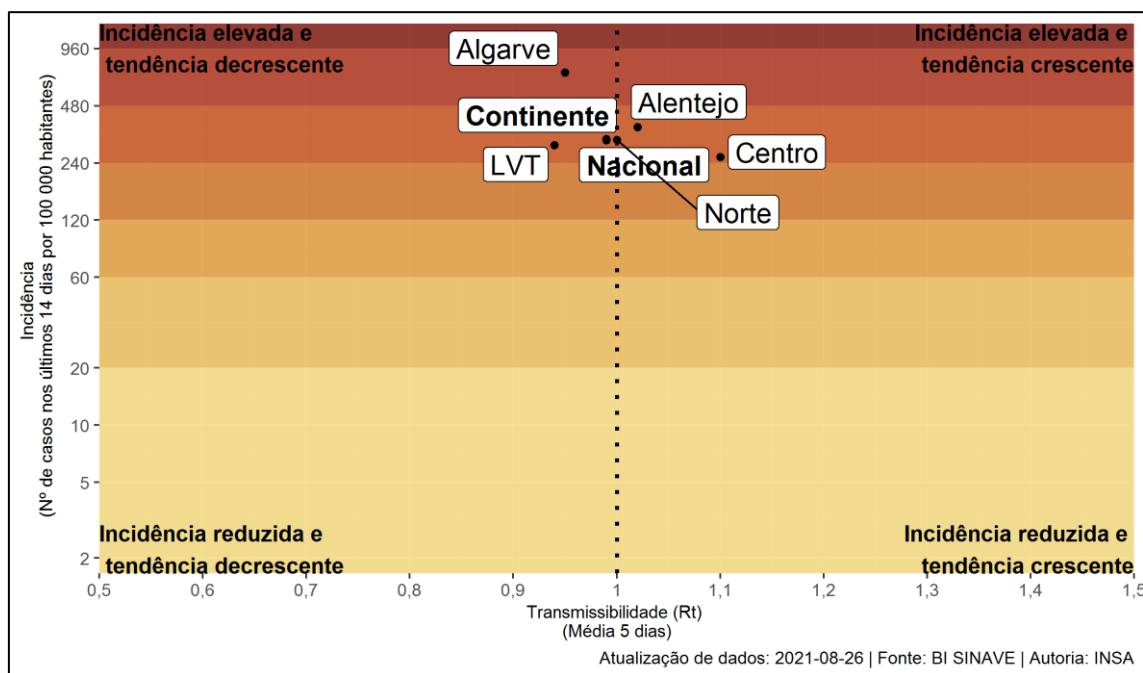
---

O número de reprodução efetivo,  $R(t)$ , calculado por data de início de sintomas, para o **período de 18 a 22 de agosto de 2021**, foi de 0,99 (IC95%: 0,98 a 0,99) a nível nacional, bem como no continente. Observou-se um valor de  $R(t)$  igual ou superior a 1 nas regiões Norte (1,00), Centro (1,10) e Alentejo (1,02) indicando uma tendência constante a crescente **da incidência de infeção** por SARS-CoV-2/COVID-19. Se estas taxas de crescimento se mantiverem, o **limiar da taxa de incidência a 14 dias de 480 casos por 100 000 habitantes** poderá ser atingido **em duas semanas a um mês na região Centro**.

Em comparação com os valores apresentados no relatório n.º 21, o valor médio do  $R(t)$  apresenta um **aumento** nas regiões Norte e Centro: **Norte de 0,97 para 1,00, e Centro de 1,01 para 1,10**. Estes resultados sugerem **uma desaceleração da tendência decrescente da incidência**, e o possível **início de uma fase de crescimento da incidência na região Centro**.

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

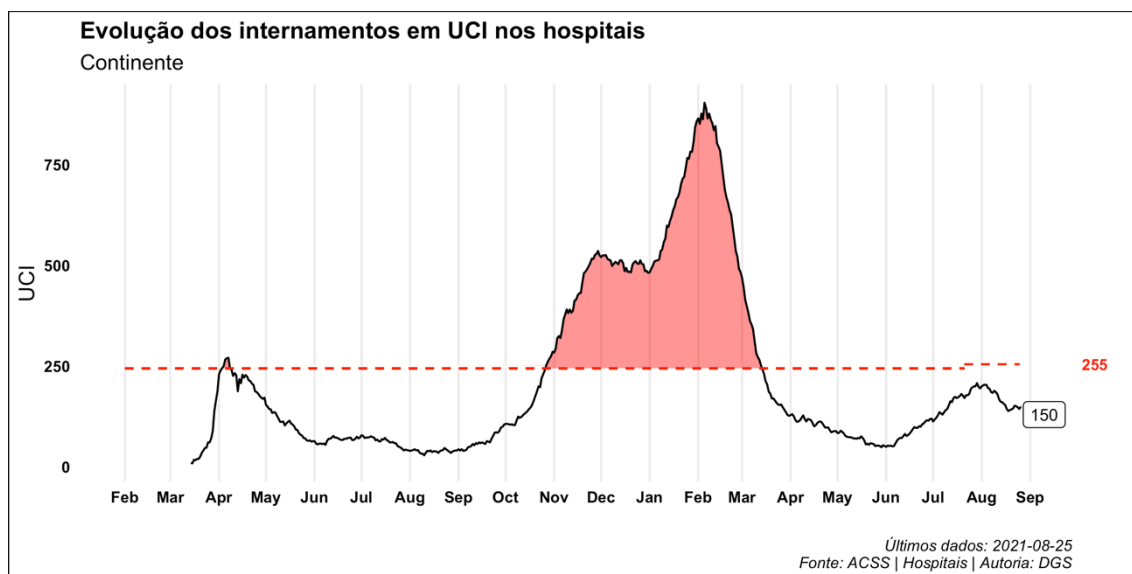
## Matriz de Risco



**Figura 2.** 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, e regiões de saúde do continente.

Fonte: BI SINAVE; Autoria: INSA/DGS

## Número de Camas Ocupadas nas Unidades de Cuidados Intensivos



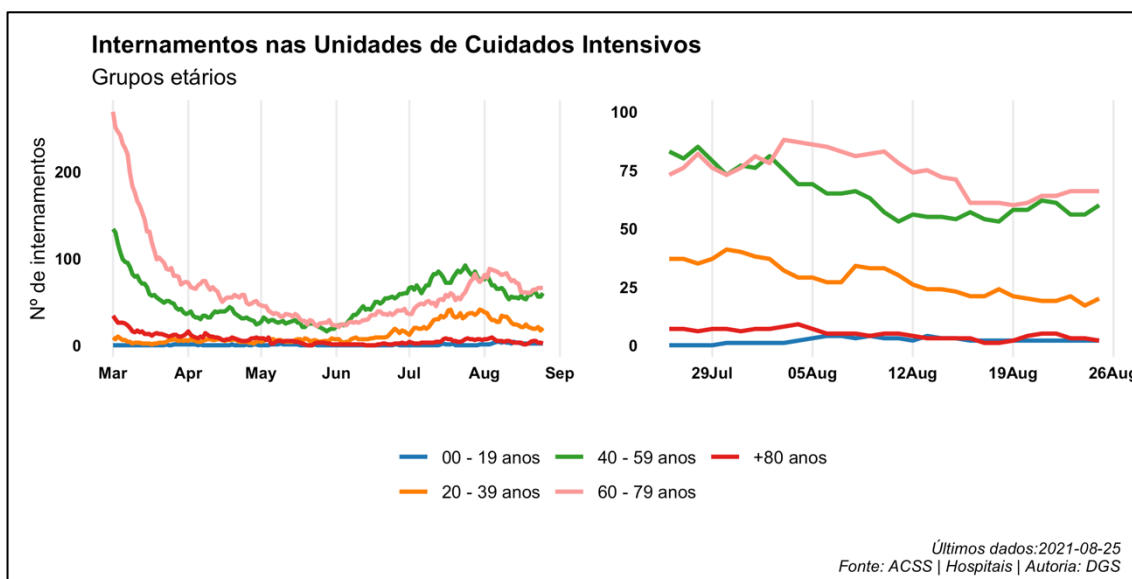
**Figura 3.** Evolução diária de doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos nos hospitais, no Continente, entre 14/03/2020 e 25/08/2021.  
Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

A **Figura 3** representa o número de camas ocupadas em Unidades de Cuidados Intensivos com casos de COVID-19 nos hospitais, em Portugal, tendo-se registado, a 25 de agosto de 2021, **150 doentes internados em UCI**. Este valor corresponde a 59% (na semana passada foi 55%) do limiar definido como crítico de 255 camas ocupadas. Nas últimas semanas, este indicador tem vindo a assumir uma **tendência estável a crescente (+ 6% em relação à semana anterior)**.

**Quadro 3.** O Número de internamentos de doentes COVID-19 em Unidades de Cuidados Intensivos e sua ocupação máxima a 25/08/2021.

| Território            | Nível de alerta (75%) | Ocupação em UCI<br>(% do nível de alerta) |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <b>Continente</b>     | <b>255</b>            | <b>150 (59%)</b>                          |
| Norte                 | 75                    | 41 (55%)                                  |
| Centro                | 34                    | 19 (56%)                                  |
| Lisboa e Vale do Tejo | 103                   | 68 (66%)                                  |
| Alentejo              | 20                    | 5 (25%)                                   |
| Algarve               | 23                    | 17 (74%)                                  |



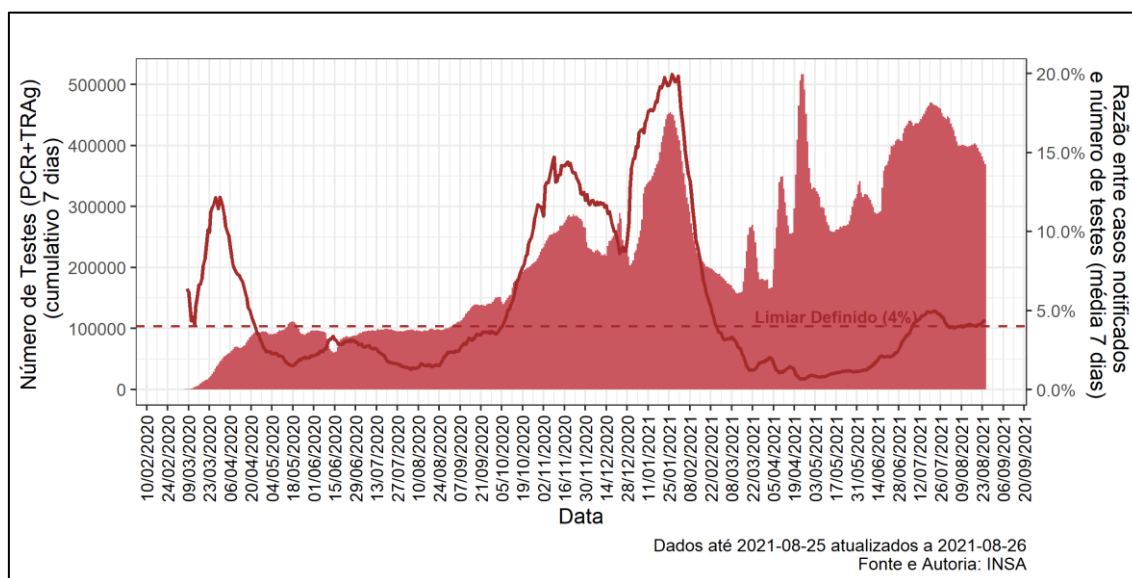


**Figura 4.** Evolução diária de doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos nos hospitais, por grupos etários, no Continente, entre 01/03/2021 e 25/08/2021.  
Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

O grupo etário com maior número de casos de COVID-19 internados em UCI corresponde ao grupo etário dos **60 aos 79 anos** (66 casos neste grupo etário a 25/08/2021).

## Proporção de positividade

A fração de casos notificados entre os testes realizados para SARS-CoV-2, observada nos últimos sete dias (19 a 25 de agosto de 2021), foi de **4,4%** (4,0% no último relatório), **valor superior ao limiar definido de 4,0%** (Figura 4), o que sugere uma **tendência estável**. Observa-se um decréscimo no número total de testes realizados nos últimos sete dias que foi de 369 637 testes (402 358 testes no último relatório).



**Figura 5.** Testes laboratoriais para SARS-CoV-2 realizados, em número absoluto (amostras - representadas pela área sombreada) e proporção de casos notificados por testes realizados (%) - representada pela linha), por dia, em Portugal, de 02/03/2020 a 25/08/2021.

Fonte e Autoria: INSA

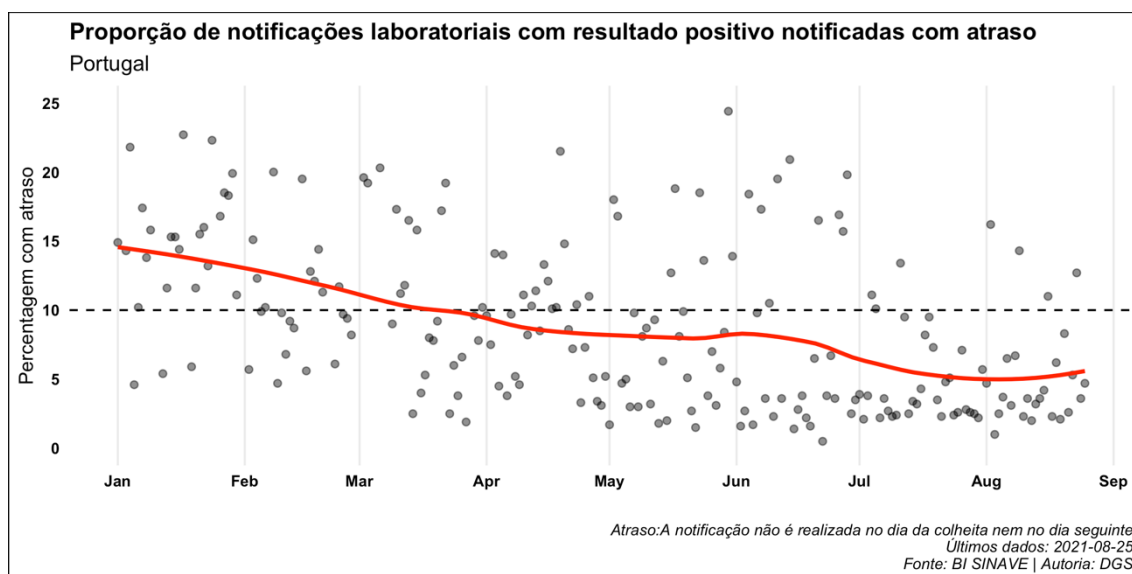
## Atraso na notificação de casos confirmados

Os **casos confirmados** de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19 **são contabilizados** na plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), **através das notificações laboratoriais** realizadas com indicação de resultado positivo. Nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS, os resultados dos testes laboratoriais devem ser notificados na plataforma SINAVE Lab num período que garanta que não são ultrapassadas 24 horas desde a requisição do teste laboratorial e a obtenção do seu resultado. A proporção de casos confirmados notificados com atraso foi de 5,6% (na semana passada foi de 4,1%), mantendo-se abaixo do limiar de 10% (quadro 3 e figura 6).

**Quadro 4.** Proporção de casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 notificados com atraso, de 05/08/2021 a 25/08/2021.

| Data              | Proporção de atraso na notificação no SINAVE Lab |
|-------------------|--|
| 12 a 18 de agosto | 4,1 %  |
| 19 a 25 de agosto | 5,6 %  |

Fonte: BI SINAVE; Autoria: DGS



**Figura 6.** Proporção de notificações laboratoriais com resultado positivo notificadas com atraso (não notificadas no dia da colheita nem no dia seguinte), em Portugal, de 01/01/2021 a 25/08/2021. A linha de tendência foi criada usando o método loess (*locally estimated scatterplot smoothing*). Fonte: SINAVE; Autoria: DGS

## Isolamento e rastreamento nas primeiras 24 horas

A partir do mês de fevereiro, verificou-se que a maioria dos casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 foi isolada em menos de 24 horas e que foi realizado o rastreamento dos contactos. Nos últimos sete dias (19 a 25 de agosto de 2021), **95% dos casos** notificados foram **isolados em menos de 24 horas** após a notificação e **81% de todos os casos notificados** tiveram todos os seus contactos **rastreados e isolados no mesmo período**. Nos últimos sete dias, estiveram envolvidos no **processo de rastreamento**, em média, **326 profissionais a tempo inteiro**, por dia, no continente.

## Novas variantes de SARS-CoV-2

É de esperar a **ocorrência de mutações** nos vírus ao longo do tempo, em resultado do processo da sua replicação, sobretudo em vírus RNA. A probabilidade de ocorrência destas mutações aumenta com a circulação do vírus na comunidade e com o número de indivíduos parcialmente imunizados, **promovendo o aparecimento de variantes**.

Até ao dia 27 de agosto de 2021, foi realizada a sequenciação genómica em 14 748 amostras, sob coordenação do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), estando todos os resultados disponíveis [aqui](#).

As Variantes de Preocupação (VOC – *Variant of Concern*), por poderem ser mais transmissíveis, causar maior gravidade de doença e/ou demonstrarem características que permitam a evasão ao sistema imunitário, representam um risco para a Saúde Pública, com potencial redução do impacto do programa de vacinação contra a COVID-19.

Destacam-se as seguintes VOC: a variante B.1.1.7 (denominada variante Alpha e associada ao Reino Unido), a variante B.1.1.7 com a mutação E484K, a variante B.1.351 (denominada variante Beta e associada à África do Sul), a variante P.1 (denominada variante Gamma e associada ao Brasil) e a variante B.1.617.2 (denominada variante Delta e associada à Índia).

O Quadro 5 resume a frequência relativa das VOC em Portugal na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto) com base nos dados de sequenciação genética disponíveis até à data pelo INSA (semana ainda em análise).

**Quadro 5.** Frequência relativa das VOC em Portugal na semana 32 (9 a 15 de agosto).

| VARIANTES                  | Semana 32/2021 (N = 271) |
|----------------------------|--------------------------|
| Alpha (B.1.1.7)            | 0,0%                     |
| Beta (B.1.351)             | 0,0%                     |
| Gamma (P.1)                | 0,0%                     |
| Delta (B.1.617.2 não AY.1) | 99,3%                    |
| Delta (B.1.617.2 AY.1)     | 0,7%                     |
| Outras                     | 0,0%                     |

### **Variante Alpha (B.1.1.7 ou associada ao Reino Unido)**

*A variante Alpha foi identificada pela primeira vez no Reino Unido em dezembro de 2020 e é ainda a variante mais prevalente em muitos países da União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE). Tem a classificação de Variante de Preocupação (VOC).*

Na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto), de acordo com os dados apurados até à data, a frequência relativa da **variante Alpha** a nível nacional foi de 0,0% (Quadro 5), dado não ter sido detetado qualquer caso na amostragem aleatória (Quadro 5). Apresenta este valor residual abaixo de 1% há quatro semanas consecutivas.

### **Variante Beta (B.1.351 ou variante associada à África do Sul)**

*A variante Beta foi detetada pela primeira vez na África do Sul, em dezembro de 2020. Tem a classificação de Variante de Preocupação.*

Na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto), de acordo com os dados apurados até à data, a frequência relativa da **variante Beta** a nível nacional foi de 0,0%, dado não ter sido detetado qualquer caso na amostragem aleatória (Quadro 5). Estes dados representam uma transmissão pouco frequente e sem tendência crescente em território nacional.

### **Variante Gamma (P.1 ou associada a Manaus, Brasil)**

*A variante Gamma foi identificada pela primeira vez no Japão, em dezembro de 2020, em viajantes provenientes do Brasil. Tem a classificação de Variante de Preocupação.*

Na semana 32/2021 (9 a 15 de agosto), de acordo com os dados apurados até à data, a frequência relativa da **variante Gamma** a nível nacional foi de 0,0%, dado não ter sido detetado qualquer na amostragem aleatória (Quadro 5). Estes dados representam uma transmissão pouco frequente e sem tendência crescente em território nacional.

### **Variante Delta (B.1.617.2 e associada à Índia)**

*Foram identificadas três linhagens distintas da variante B.1.617 ou associada à Índia (B.1.617.1, B.1.617.2 e B.1.617.3). A linhagem B.1.617.2, também apelidada de variante Delta, foi classificada como Variante de Preocupação a 24 de maio de 2021. As restantes linhagens são classificadas como Variantes de Interesse.*

**A variante Delta (B.1.617.2) é a variante mais prevalente em Portugal, com uma frequência relativa de 100% na semana 32 de 2021 (9 a 15 de agosto)** (Quadro 5), de acordo com os dados apurados até à data. A sua frequência tem aumentado em todas as regiões durante as últimas semanas, tendo-se registado valores acima de 95% em todas as regiões desde a semana 28/2021.

De acordo com os dados apurados até à data, foram detetados, através de sequenciação genómica, quatro casos de infeção com a variante Delta - sublinhagem AY.1 (a qual apresenta a mutação adicional K417N na proteína Spike) no período das semanas 31/2021 e 32/2021 (entre 2 e 15 de agosto). A sua frequência relativa tem-se mantido abaixo de 1% desde a semana 24/2021, indicando que a sua circulação

em Portugal é muito limitada. Até à data, detetaram-se 66 casos desta sublinhagem em Portugal.

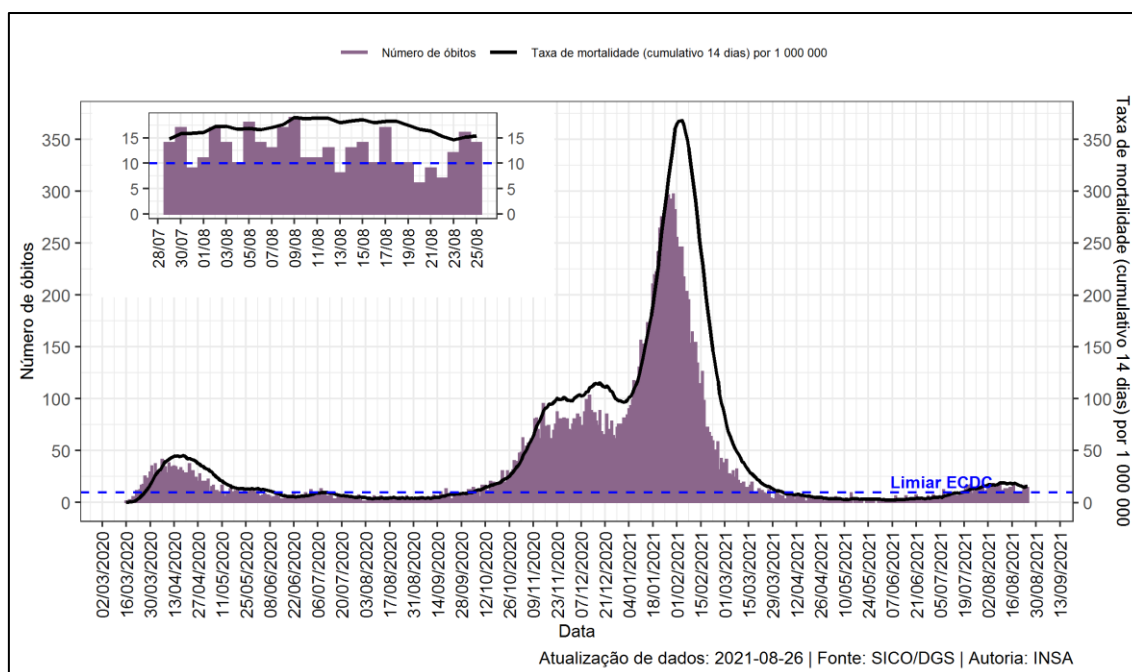
### **Variante Lambda (C.37, associada ao Perú)**

*A variante Lambda foi identificada pela primeira vez no Perú, em dezembro de 2020. Encontra-se classificada como "Variant of Interest" desde 14 de junho 2021 e a preocupação com esta variante tem suscitado interesse pela comunidade internacional.*

Até ao dia 27 de agosto de 2021, foram identificados por sequenciação genómica dois casos desta variante no território nacional, sendo que o último caso foi identificado na semana 23/2021.

## Mortalidade Específica por COVID-19

A 25 de agosto de 2021, a mortalidade específica por COVID-19 registou um valor de 15,4 óbitos em 14 dias por 1 000 000 habitantes, que corresponde a um **decréscimo de 15% relativamente à semana anterior** (18,1 por 1 000 000). Este valor é superior ao limiar de 10,0 óbitos em 14 dias por 1 000 000 habitantes, definido pelo Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC). Este indicador apresenta uma tendência estável e é provável que assim se mantenha ou comece a diminuir se a incidência na população se mantiver estável a decrescente.



**Figura 7.** Evolução da taxa de mortalidade específica por COVID-19 (acumulada a 14 dias por 1 000 000) até 25/08/2021. Fonte: SICO | DGS; Autoria: INSA.

# Nota Metodológica

## Incidência cumulativa a 14 dias

As fontes de dados para o cálculo da incidência cumulativa a 14 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 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. Passados mais três meses depois da última atualização, a Comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva para a COVID-19 realizou uma atualização do valor do nível de alerta, passando para 255 camas em Unidades de Cuidados Intensivos. 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                    |

### 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 antigénio (TRAg).

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

*NOTA: O cálculo deste indicador foi alterado a partir do relatório nº 19, em relação aos relatórios anteriores de modo a corresponder ao indicador reportado pelo ECDC. Anteriormente era calculado como a razão entre o número de testes positivos e o número de testes realizados nos últimos 7 dias e passou a ser calculado através da razão entre o número de casos notificados e o número de testes realizados, nos últimos 7 dias.*

### Atraso na notificação dos casos confirmados

A fonte de dados é o BI SINAVE, o atraso é definido como um caso confirmado de infeção a SARS-CoV-2 em que a notificação laboratorial não é realizada no dia de colheita do material biológico nem no dia seguinte. É calculada a proporção de casos em que a notificação laboratorial foi realizada com atraso por semana.

### Isolamento e rastreamento nas primeiras 24h

A fonte de dados é a informação reportada pelas Unidades de Saúde Pública num formulário disponibilizado *online*. Procedeu-se ao cálculo do quociente entre o número cumulativo de inquéritos epidemiológicos iniciados em menos de 24 horas e o número cumulativo de notificações entradas e ao cálculo do quociente entre o número cumulativo dos inquéritos epidemiológicos finalizados em menos de 24 horas e o número cumulativo das notificações entradas, dos últimos 7 dias.

### Novas variantes de SARS-CoV-2

A vigilância das novas variantes de SARS-CoV-2 é feita com base na sequenciação do genoma do vírus SARS-CoV-2. A análise genómica do SARS-CoV-2 é realizada pelo INSA, após os procedimentos laboratoriais de sequenciação, os quais são realizados por um consórcio coordenado pelo INSA e que inclui o Instituto Gulbenkian de Ciência, e as Universidades de Lisboa, Coimbra, Aveiro e Porto.

## 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.