



Fundação
Mestre
Casais

COVID-19 em Portugal a estratégia

Raquel Duarte
Felisbela Lopes
Filipe Alves
Ana Aguiar
Hugo Monteiro
Marta Pinto
Óscar Felgueiras

Ensaio para a
Sustentabilidade



UMinho Editora

Raquel Duarte Pneumologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Professora de Epidemiologia e Saúde Pública no ICBAS, Investigadora no ISPUP (Universidade do Porto) e Coordenadora da Unidade de Investigação Clínica da ARS Norte. Foi Secretária de Estado para a Saúde do XXI Governo Português. Foi uma das peritas que aconselhou o Governo português durante a pandemia da COVID-19.

Felisbela Lopes Professora Associada com Agregação da Universidade do Minho onde trabalha desde 1994. Entre 2009 e 2014, foi aí Pró-Reitora para a área da Comunicação. Centra a sua investigação académica na informação televisiva e na comunicação da saúde. É investigadora do CECS. Faz comentário sobre os média na RTP.

Filipe Alves Licenciado em Matemática, com mestrado em Engenharia Matemática pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Integra a Unidade de Investigação Clínica da ARS Norte como técnico superior.

Ana Aguiar Licenciada em Ciências da Educação e Mestre em Educação para a Saúde. É investigadora no ISPUP. Atualmente é doutoranda em Saúde Pública, com bolsa da FCT. Tem trabalhado em projetos de investigação no âmbito das doenças infecciosas nomeadamente VIH, Tuberculose e COVID-19.

Hugo Monteiro Médico de Saúde Pública, trabalha no Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte. Mestre em Saúde Pública, Doutorando em Ciência de Dados na Saúde, na FMUP. Docente e preletor em áreas de análise de dados com ferramentas de *Business Intelligence*.

Marta Pinto Psicóloga, professora na FPCEUP e na FMUP e investigadora na ARS Norte (UIC). É especialista em métodos qualitativos e de síntese. Dedicar-se ao estudo e intervenção com públicos vulneráveis e ao desenho de políticas públicas nessa área. Tem feito consultoria científica a membros do Governo e do Parlamento de vários países.

Óscar Felgueiras Professor na FCUP e investigador no CMUP. Doutorado em Matemática pela University of Michigan–Ann Arbor, trabalha em Estatística e Modelação Matemática. Foi um dos peritos que aconselhou o Governo durante a pandemia.





UMinho Editora



Fundação
**Mestre
Casais**

AUTORES

Raquel Duarte
Felisbela Lopes
Filipe Alves
Ana Aguiar
Hugo Monteiro
Marta Pinto
Óscar Felgueiras

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Manuela Martins

COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO DE ENSAIOS PARA A SUSTENTABILIDADE

José Gomes Mendes

FOTOS CAPA

Cristina Pinto e Pinto

DESIGN e PAGINAÇÃO

Tiago Rodrigues

IMPRESSÃO e ACABAMENTOS

Graficamares, Lda.

EDIÇÃO UMinho Editora

LOCAL DE EDIÇÃO Braga 2022

DEPÓSITO LEGAL N° 499038/22

ISBN 978-989-8974-65-5

ISBN DIGITAL 978-989-8974-64-8

DOI <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.71>

Os conteúdos apresentados (textos e imagens) são da exclusiva responsabilidade dos respetivos autores.
© Autores / Universidade do Minho – Esta obra encontra-se sob a Licença Internacional Creative Commons.

COVID-19 em Portugal a estratégia

Raquel Duarte
Felisbela Lopes
Filipe Alves
Ana Aguiar
Hugo Monteiro
Marta Pinto
Óscar Felgueiras

Três agradecimentos em forma de prefácio

Os últimos dois anos foram uma lição de humildade para o mundo. A pandemia de COVID-19 revelou as nossas fragilidades:

- a necessidade de maior investimento na capacidade de preparação e de resposta às ameaças globais de saúde pública;
- a necessidade de reforço dos mecanismos de enquadramento da ação e de cooperação dos vários países em termos de regras sanitárias internacionais, até de celebração de um tratado internacional sobre pandemias;
- a necessidade de maior solidariedade entre nações e continentes na partilha dos resultados da investigação em saúde, incluindo dos próprios meios financeiros necessários ao seu surgimento e democratização.

Acima de tudo, a pandemia revelou a nossa fragilidade enquanto seres humanos, num mundo globalizado, exposto aos desequilíbrios do ambiente e do clima, à insegurança alimentar, ao sobreconsumo de antibióticos.

Mas a pandemia de COVID-19 revelou também a força do trabalho conjunto, o poder da união. Em Portugal, ao longo dos últimos dois anos, por detrás da primeira linha de profissionais de saúde, um vasto conjunto de especialistas de diversas áreas contribuiu para a formação da decisão política sobre medidas não farmacológicas, e depois farmacológicas, de resposta. Entre eles, estão os autores deste livro.

E é por isso que este prefácio não podia deixar de começar por uma nota de apreço a cada um dos autores e a todo o Grupo dos 7 que assina a publicação. Uma palavra que é extensiva às instituições de ensino superior às quais se encontram afiliados, às famílias onde ocupam o lugar de pais, irmãos ou filhos e a todo o seu círculo profissional, académico e afetivo que criou as condições para o desenvolvimento deste trabalho. Porque procurar as respostas adequadas a cada uma das diversas fases da pandemia de COVID-19 exigiu conhecimentos técnicos robustos, é certo; mas também sensibilidade e empatia, características que ninguém forja sozinho; porque procurar tais respostas exigiu o melhor de cada um dos autores, que o fizeram de forma desinteressada, não raras vezes com sacrifício pessoal, um **primeiro agradecimento** é devido.

Este livro representa a memória de um período do qual cada um guardará a sua própria imagem. Caleidoscópica. Para a história que, um dia, certamente, se escreverá da pandemia de COVID-19 em Portugal, este é um testemunho fundamental, na medida em que descreve, por alguns dos que nele estiveram diretamente envolvidos, o processo de construção das propostas de resposta a cada uma das fases da sua evolução.

Um processo que, de resto, foi singular. Nunca se poderá esquecer que, sem prejuízo das competências de entidades e instâncias formais, como a Direção-Geral da Saúde ou o Conselho Nacional de Saúde Pública, em matéria de emissão de orientações e recomendações, a formação da decisão política

portuguesa foi sempre precedida por uma ampla audição de aconselhamento técnico e científico. Presencial ou remotamente; em sessão circunscrita a conselheiros de Estado, membros do Governo e do Conselho Económico e Social e líderes dos partidos políticos com assento parlamentar ou em sessão transmitida em sinal aberto; com a presença constante das mais altas figuras de Estado, aquelas que ficaram conhecidas como “Reuniões do INFARMED” ajudaram o país a caminhar em conjunto.

Ao longo de quase 30 sessões – a primeira logo em 24 de março de 2020, a mais recente em 16 de fevereiro de 2022 – Ciência e Política dialogaram. Com o país presente. Trazendo dados, projeções, cenários, exemplos de outros países, evoluções de pandemias anteriores. Revelando controvérsias, discutindo perguntas ainda sem resposta, procurando uma solução para cada problema. Sem nunca esquecer a lente social, as vulnerabilidades, mas também as percepções, da população. Foi através deste diálogo entre Ciência e Política, bem como dos equilíbrios sociais que nele se foi alimentando, que foi possível percorrer os caminhos que nos permitiram chegar até aqui.

Quando se fecha uma etapa tão difícil, aqueles que nela foram atores e assumem deixar um testemunho escrito, são, naturalmente, credores de um segundo agradecimento. Pelo esforço adicional de recuperar a linha diacrónica, de sistematizar factos e acontecimentos, de expor o próprio processo de formulação de propostas, é devido um **segundo agradecimento**.

Dos dias distantes das notícias do aparecimento de um vírus desconhecido na China, àqueles mais recentes em que a variante Ómicron se tornou dominante em Portugal, foi longo o caminho percorrido. Um caminho que ainda não terminou.

São muitas as questões relativamente às quais se mantém a incerteza. Como surgiu exatamente o SARS-CoV-2? Porque há aparentes diferenças

geográficas na forma como se disseminou? Qual a duração da proteção imunitária conferida pela doença e pela vacina? A pandemia terminará ou evoluirá para endemia?

Por outro lado, surgem novas incertezas. Como vai evoluir a União Europeia da Saúde para estar mais bem preparada para enfrentar futuras pandemias? O que é preciso fazer para que a hesitação vacinal seja esclarecida e os mecanismos globais de partilha de vacinas funcionem mais eficazmente? Que impacto terá a Guerra na Ucrânia, para além das vítimas diretas do conflito armado, na transmissão da infeção? Milhares de pessoas, maioritariamente crianças e mulheres, deslocadas em massa, expostas aos fatores de risco associados às doenças infecciosas, com acesso a serviços de saúde dificultado.

E é, precisamente, porque ainda há muitas questões sem resposta e muitos problemas sem solução na área da Saúde Pública, que é demasiado cedo para que possamos prescindir do contributo dos autores deste livro. Essa é a razão pela qual lhes é devido **o terceiro e último agradecimento**. Porque precisamos todos de poder continuar a contar com eles!

Marta Temido, Ministra da Saúde

07.03.2022

	Introdução	11
1.	Retratos do primeiro ano da pandemia	17
1.1.	Uma pandemia longínqua	19
1.2.	O milagre português	31
1.3.	Derivas diversas	49
1.4.	Entre a gravidade da doença e as promessas da vacinação	67
2.	Caminhos para uma nova estratégia	85
2.2.	Da organização do trabalho	87
2.2.1.	O método	87
2.2.2.	Os <i>media</i> como importantes agentes de combate à pandemia	97
3.	Desconfinar, travar, libertar: propostas, decisões e contextos	99
3.1.	Um país que começa a sair gradualmente de casa	101
3.1.1.	Um primeiro plano que fixa níveis de risco	102
3.1.2.	Uma decisão política mais audaz do que as propostas dos especialistas	107
3.1.3.	Uma nova reunião no Infarmed e os alertas dos especialistas	110
3.1.4.	Políticos mais prudentes	112
3.1.5.	Retratos de uma situação epidemiológica mais tranquila	115
3.2.	Um desconfinamento condicionado pela variante <i>Delta</i>	119
3.2.1.	Um plano para continuar a desconfinar o país com precaução	120
3.2.2.	Decidir num contexto tenso	124
3.2.3.	A variante <i>Delta</i>	127
3.2.4.	Uma monitorização que suscita mais precauções	132
3.2.5.	As decisões impostas pela <i>Delta</i>	135
3.3.	Aliviar medidas num verão mais sereno	137
3.3.1.	Um plano para que as férias se concretizem com (alguma) normalidade	138

3.3.2.	Ordem para reabrir o país rumo à liberdade	141
3.3.3.	Menos infeções, menos internamentos e menos mortes	142
3.4.	Da liberdade para a responsabilização	149
3.4.1.	Um plano para responsabilizar os cidadãos pela gestão do risco	150
3.4.2.	As decisões para uma <i>rentrée</i> mais livre de restrições antes de um outono em alerta	154
3.4.3.	Portugal, o melhor país do mundo na cobertura vacinal	157
3.4.4.	Uma monitorização que insiste em não baixar a guarda	162
3.5.	Em alerta. Novamente.	165
3.5.1.	Um plano para enfrentar o crescimento das infeções	166
3.5.2.	Decisões para conter os contactos e travar a multiplicação dos casos	169
3.5.3.	Uma nova variante e mais recomendações antes do Natal	170
3.6.	O colossal impacto da variante <i>Omicron</i> no número de infeções	179
3.6.1.	Um plano prudente para assumir uma certa normalidade em 2022	180
3.6.2.	Decisões de combate à <i>Omicron</i> , preservando as rotinas diárias	183
3.6.3.	Números elevados de uma doença de gravidade algo controlada	184
3.6.4.	Rumo à (nova) normalidade	190
	Conclusão	195
	Lições de uma pandemia	195
	Referências bibliográficas	201
	Tabelas dos planos de desconfinamento	213

Introdução

Mais cedo ou mais tarde, a pandemia acabará. Poderão surgir ondas sazonais, mas disporremos de uma vacina que, de certa forma, nos permitirá ter a infeção sob controlo. Talvez seja difícil, pelo menos para alguns, regressar ao “velho” normal. Em nós, permanecerá a noção clara de que outra pandemia ou crise global poderão subitamente surgir. O futuro deixou de se

planear com as certezas que carregámos durante tanto tempo. No entanto, todos nós sentimos uma vontade avassaladora de mudar esta página das nossas vidas. Porque este tempo foi pesado. Mais para uns do que para outros, é certo, mas todos nos confrontámos com um quotidiano interrompido inesperadamente. E isso cravou em nós uma colossal vulnerabilidade, que queremos ultrapassar.

Ora, tendo isso em conta, poderá ser estranha esta nossa vontade de querer perpetuar em livro uma memória deste período. Mas sentimos ser nossa obrigação criar esse legado. Por vários motivos. Porque precisamos de estabelecer uma linha diacrónica que se alargue a uma realidade internacional para, a partir daí, melhor conhecermos o que se viveu em Portugal. Porque, em tempos pandémicos, o nosso país se apresentou como o pior e o melhor exemplo da doença e isso merece uma reflexão mais aprofundada e uma sistematização do que aconteceu. Porque, de certa forma, também fomos parte de um processo de decisão que ajudou a combater este terrível vírus. A determinado momento, quando ainda estávamos num dos piores picos da doença, fomos desafiados a criar soluções para tirar progressivamente os cidadãos de casa e isso envolveu planos minuciosos que fomos tecendo dentro de um grupo pequeno, mas contando com o apoio de muitas e muitas pessoas.

O livro que aqui apresentamos integra três partes. Na primeira, procuramos esboçar um retrato genérico do SARS-CoV-2 desde finais de 2019 (altura em que surgiu) até março de 2021 (momento a partir do qual Portugal começa a desconfinar de modo mais planeado), criando-se aí quatro capítulos: o primeiro fala sobretudo de um vírus que se inicia na China e que depressa chega à Europa, impondo alertas importantes em países que nos eram próximos, como Itália ou Espanha. O segundo recorda a primeira fase de confinamento severo em Portugal, que começa em março de 2020 e se prolonga até início de maio. O terceiro capítulo atravessa a primavera, o verão e o outono de 2020, períodos que nos permitiram, aqui e ali, algum desafogo. Todavia, os surtos que se foram registando em vários pontos do país sempre trouxeram para perto de nós uma permanente preocupação que se exacerbou no final do ano e, sobretudo, em janeiro de 2021, altura em que chegam notícias de uma vacina que prometia ser a chave miraculosa para a saída desse fosso em que nos afundávamos. Disso trata o último capítulo da primeira parte. Nessa altura, fomos desafiados a sermos parte de um processo de decisão, apresentando nas reuniões do Infarmed, em Lisboa, propostas regulares no combate à pandemia. Numa primeira fase, que foi longa, planeámos o desconfinamento do país (de março a novembro de 2021), noutra

fixámos medidas de restrição (novembro a dezembro de 2021) e noutra ainda projetámos a libertação progressiva do país (a partir de janeiro de 2022). Na Parte II, falamos do modo como fomos organizando esse complexo e intenso trabalho, explicando métodos e estratégias de comunicação. A Parte III fala dos planos que delineámos, das monitorizações que fizemos, das decisões que o Governo foi fixando e da situação epidemiológica do país, sem nunca abandonarmos uma perspetiva mais global que sempre nos ajudou a perceber melhor aquilo que se passava em Portugal.

Falemos agora do Grupo dos 7 que assina esta publicação. A ideia do livro nasce exatamente da obrigação que sentimos de apresentar publicamente planos que nunca tinham sido construídos em Portugal e que tanto condicionaram a vida do país. O desafio de erguer uma proposta de desconfinamento surgiu quando nos encontrávamos no limiar de uma situação devastadora. Estávamos em dezembro de 2020. Havia uma perspetiva dominante que insistia num cenário epidemiológico nacional atravessado por uma certa benignidade. Alguns dos peritos auscultados nas reuniões do Governo para a gestão da COVID-19 (nos quais se incluíam Raquel Duarte e Óscar Felgueiras deste grupo), não se mostravam convictos disso e avançam com a possibilidade de uma situação explosiva no início de 2021. “Uma espécie de *tsunami*”, alertam. Essa enorme apreensão assentava, sobretudo, em três fatores:

- Uma eventual diminuição da perceção de risco da população num período em que o controlo da pandemia permitia fazer descer a curva;
- Uma época festiva que abria uma intensificação de contactos presenciais em contextos festivo e/ou familiar;
- Uma *baseline* entre 3 mil a 4 mil novos casos diários, a partir da qual uma explosão da proliferação do vírus não seria difícil.

Nunca antes, em contexto pandémico, tínhamos estado perante tal combinação de fatores de risco face a uma incidência de base tão alta. Infelizmente, as piores previsões confirmaram-se e isso contribuiu, de forma decisiva, para aceitarmos desenhar uma proposta de desconfinamento baseada no princípio da prudência para que Portugal não voltasse a enfrentar um cenário tão dramático como aquele que vivemos em janeiro de 2021. Assim, enquanto o país atravessava a pior fase da pandemia, nós tínhamos a missão de ir pensando mais à frente: como fazer os cidadãos sair de casa em segurança, quando passasse essa forte e trágica onda pandémica.

Tirar o país de casa de forma segura não era propriamente uma tarefa simples. Requeria um reflexivo pensamento estratégico, cuidadosas metodologias cruzadas e um grau de decisão sem margem para falhas que comprometessem o que se conquistara anteriormente. Foi assim que metemos mãos à obra, preparando uma proposta que se queria coerente na aplicação e sensível às particularidades socioeconómicas de um país saturado de restrições. Poder-se-á dizer que o grupo já se sentia a trabalhar em equipa antes de lhe ser dada esta colossal tarefa de pensar o desconfinamento do país. Recuemos, pois, um ano.

Raquel Duarte, a quem se confiou a coordenação deste trabalho juntamente com Óscar Felgueiras, é desafiada em março de 2020 a integrar na Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) um grupo de apoio de combate a uma doença que começava a entrar em território português. Até então, a sua atividade profissional repartia-se entre a clínica no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia, o apoio à gestão da consulta externa no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, a consultadoria ao Programa Nacional e Regional de Tuberculose e a investigação e docência na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Ainda desconhecendo a dimensão que o SARS-CoV-2 pudesse atingir, a ARS Norte depressa cria nas suas instalações um quartel-general onde se incluem elementos do conselho diretivo, do departamento de Saúde Pública e vários outros do departamento de Planeamento. Raquel Duarte é convocada para trabalhar em propostas de planos, baseadas em diagnósticos de situação, definindo-se, assim, os objetivos a alcançar e o caminho a percorrer.

Rapidamente houve necessidade do apoio da Matemática e, nesse contexto, Raquel Duarte junta a si Óscar Felgueiras, matemático na Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, com quem já trabalhara em projetos sobre tuberculose em Portugal e em África. De súbito, tudo se revela urgente e Óscar Felgueiras depressa começa a analisar dados da região Norte (a primeira a registar infetados) e a trabalhar em estimativas. É ele que produz o primeiro relatório regional que acaba por ser público e discutido com as autarquias. Esses relatórios estarão em destaque numa das primeiras reuniões do Infarmed que junta especialistas que os decisores políticos ouvem com atenção. Hugo Monteiro, médico de Saúde Pública a trabalhar na ARS Norte, na área do planeamento e coordenação de programas e projetos em saúde, com experiência em gestão e saúde global, em breve haverá de juntar-se a esta equipa, fazendo a monitorização dos internamentos e da sobrecarga hospitalar. Será também sua a visão de *benchmarking*. Marta Pinto, psicóloga e docente na Faculdade de Psicologia e Ciências da

Educação da Universidade do Porto, chegará ao grupo um pouco mais tarde. Com experiência em populações vulneráveis e investigação na área da Saúde Pública, foi fundamental no arranque da Unidade de Investigação Clínica da ARS Norte, algo vital na definição de estratégias para a melhoria da saúde na região. Neste grupo, dedicar-se-á ao cruzamento de abordagens metodológicas, à comunicação de risco e ao envolvimento comunitário, sem nunca esquecer as populações socialmente vulnerabilizadas. Ana Aguiar vem das Ciências da Educação, com uma passagem pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto para fazer o mestrado em Educação para a Saúde, ficando aí presa desde finais de 2015 ao fascínio pela Saúde Pública e às doenças infecciosas (VIH e tuberculose), estando a estudar a saúde mental em tempos de pandemia no seu doutoramento em Saúde Pública. Cedo se revela um elemento-chave nas revisões sistemáticas. A este grupo, haverá de juntar-se Filipe Alves, um matemático que nunca pensou dedicar-se à saúde. É trazido para o grupo pela mão de Óscar Felgueiras. Vê-se o gosto com que olha para a informação nova. É dele o trabalho minucioso de recolha e tratamento da informação. E são também dele muitos questionamentos, muitas dúvidas e muitas sugestões que tanto caminho abrem. Desde o início deste percurso, esteve Felisbela Lopes, professora de Jornalismo na Universidade do Minho, com trabalho de investigação na Comunicação e no Jornalismo em Saúde. O trabalho com Raquel Duarte iniciou-se logo em março de 2020, na ARS Norte. Neste grupo, revê planos a apresentar e analisa a respetiva coerência textual, planeia mensagens a transmitir e prepara estratégias para melhor comunicar com a população através dos *media*. Todos sabem que os planos só serão eficazes quando ouvidos pelos decisores políticos e bem aceites pela comunidade.

Porque a dimensão do que havia para fazer era gigantesca, este grupo viu-se obrigado a integrar ainda estudantes de mestrado, internos de saúde pública, alunos de medicina e médicos internos do ano comum para a recolha e tratamento da informação que surgia a cada dia. E lá se foi fazendo caminho. De forma intensiva. Sempre em articulação com a normal atividade profissional de cada um. Muitas vezes, ouvimos o reparo de sermos um grupo de voluntários. Mas isso recaía certo na nossa identidade: apesar de termos sido convidados a apresentar sucessivos planos, não integramos qualquer *task-force* e não auferimos nenhuma remuneração adicional para este trabalho. Reuníamos habitualmente ao fim do dia ou aos fins de semana, sempre com o cuidado de não coincidir com as horas de jantar ou de deitar das crianças da Marta, da Felisbela ou do Hugo. À hora marcada, todos nós lá nos ligávamos de forma remota, com a disponibilidade de sempre: de fazer o melhor em prol da saúde pública. Durante o dia, lá

permanecíamos sintonizados uns aos outros por uma conta de *aplicação móvel de comunicação por texto*, através da qual partilhávamos documentos, notícias, dúvidas, sugestões... Desde o primeiro dia em que começámos esta empreitada em conjunto até ao final da escrita deste livro, o Grupo dos 7 nunca se encontrou presencialmente. Ao longo de muitos meses, as reuniões e toda a comunicação fizeram-se remotamente. E nunca nenhum de nós trabalhou tanto, porque esta tarefa juntava-se a outras responsabilidades profissionais.

As propostas de desconfinamento do país foram feitas de forma faseada e, a cada documento, lá estávamos nós, todos juntos, cruzando posições, analisando números, desenhando tabelas, monitorizando textos... Cada medida foi discutida ao mais ínfimo pormenor. Também havia tempo para algum humor, presente quando procurávamos aquilo que designávamos como “o momento Ricardo Araújo Pereira”, ou seja, medidas incongruentes ou geradoras de confusão.

Neste livro, encontramos a Estratégia. A nossa. E também a do país. E aquela que outros países seguiram. Tudo contra um vírus que nos transformou a vida. Sem nos derrotar.

1. Retratos do primeiro ano da pandemia

1.1.

Uma pandemia longínqua

9 de janeiro de 2020. Um dia como tantos outros em Portugal. O metro em hora de ponta, ombro com ombro, cara nua. À hora do almoço, as mesas dos restaurantes e das cantinas vão rodando inúmeras pessoas, muitas das quais reunir-se-ão ao domingo nos habituais almoços de família. O trabalho desenvolve-se em contextos de proximidade e em espaços nem sempre

devidamente ventilados. Eis a vida de todos os dias de um quotidiano com pouca margem de reflexão sobre a realidade sanitária. Nesse dia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anuncia a ocorrência de casos de pneumonia por um misterioso coronavírus na China, responsável por uma morte e meia centena de casos confirmados; o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publica a sua primeira avaliação de riscos e regista-se a primeira morte por este coronavírus na China. A notícia é dada pelos *media* internacionais a 11 de janeiro. “Um homem de 61 anos morreu de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, após um surto de um vírus ainda não identificado, enquanto outros sete estão em estado crítico”, escreve a Reuters, nesse dia (Goh, 2020).

O alerta abre a possibilidade de um contágio em massa. Enfrentamos situações semelhantes no passado, com a criação de gabinetes de crise, planos de contingência, treino de profissionais de saúde, à espera de cenários de pandemia que não se concretizaram. Em 2019, várias entidades já tinham simulado situações de alerta pandémico com possibilidade de ocorrência a curto prazo. “Não temos de estar alarmados”, ouve-se agora em vários lados. Havia já evidência estabelecida acerca da elevada probabilidade de surgimento de doenças transmissíveis ao longo do tempo. Apesar de ser fundamental existirem sistemas de vigilância epidemiológica e de alerta e de estes estarem implementados na maioria dos países, este coronavírus viria a demonstrar que tudo isso poderia ser insuficiente para prevenir a disseminação extremamente rápida e à escala global de uma doença do tipo da gripe. Por esta altura, acredita-se que o surto se circunscreve a algumas cidades chinesas, sobretudo a Wuhan, onde tudo começou, e que o número de casos está estabilizado. Enquadrado assim, o alerta da OMS parece excessivo.

Nesse mesmo dia 9 de janeiro, em Portugal, o *Telejornal* da RTP1 abre com o Orçamento de Estado. A realidade política portuguesa apresenta-se com outra força nos alinhamentos. As notícias do vírus são dispersas e colocadas em margens que não suscitam grande atenção, quase sempre com o foco na China, o lugar onde tudo está a acontecer e de onde os dados que nos chegam nem sempre são claros. As informações vindas daí começam a ser difundidas nos últimos dias de dezembro de 2019. Nas redes sociais chinesas, circulam publicações sobre surtos, mas as autoridades do país nada confirmam. Fala-se que esses casos podem estar relacionados com o grande mercado de frutos do mar de Huanan, no distrito de Jiangnan, Wuhan, na província de Hubei, onde alguns animais exóticos também eram vendidos para consumo. Nada é confirmado nesta altura. Todavia, a 31 de dezembro, a

OMS dava conta de um *cluster* de casos de pneumonia com eventual identificação de um novo coronavírus e, a 5 de janeiro de 2020, difunde a primeira notícia sobre o surto numa publicação técnica dirigida sobretudo à comunidade científica e de saúde pública (World Health Organization, 2020).

Centremo-nos novamente nesse 9 de janeiro de 2020. A morte de um homem de 61 anos em Wuhan obriga as autoridades de saúde a reagirem. Dizem que essa vítima e aqueles que estão infetados frequentavam o mercado de Wuhan, mas advertem que não há evidência de transmissão de pessoa para pessoa. No entanto, a região está em alvoroço e muitos profissionais da saúde manifestam preocupação. Destaca-se Li Wenliang, um médico oftalmologista do Hospital Central de Wuhan, que viria a falecer a 7 de fevereiro de 2020 com o novo vírus e que, a 30 de dezembro de 2019, envia uma mensagem aos seus colegas médicos, pedindo-lhes que utilizem material de proteção individual. A polícia aborda-o algumas vezes, pressionando-o para que pare de fazer esses avisos, tidos como mentira e causadores de distúrbios sociais.

A multiplicação rápida de casos começa a sobrepor-se a tentativas de ocultação da realidade e, a 23 de janeiro, as autoridades locais admitem que estão num “estágio crítico” de prevenção e controlo da doença e tomam medidas para fechar Wuhan (e a sua população de 11 milhões), bem como para restringir severamente a mobilidade na cidade de Huanggang, a cerca de 50 quilómetros, onde habitam sete milhões de pessoas, permitindo a saída apenas perante autorização especial. No total, são 18 milhões de seres humanos (quase o dobro de toda a população residente em Portugal) impedidos de circular livremente. Logo no dia seguinte, outras cidades chinesas entram também em *lockdown*.

Apesar de a quarentena ter sido, ao longo da história da humanidade, uma ferramenta clássica no controlo de doenças, nunca antes se viveu nada de dimensão semelhante (AJMC, 2021) (e estamos apenas no início de uma evolução que ninguém conseguirá prever).

A 24 de janeiro de 2020, numa fotogaleria, o jornal *Público*, citando a Reuters, escreve isto:

“Pelo menos dez cidades da província de Hubei, com uma população de 60 milhões cuja capital é Wuhan, decretaram nos últimos dias o estado de quarentena e impuseram restrições de movimentação por causa do novo coronavírus. Também como medida de precaução, muitas cidades suspenderam completamente os serviços de

transporte. Em Wuhan, região onde o surto começou, não há serviço de autocarro, metro ou barco e foram cancelados todos os aviões e comboios com destino a outras cidades” (*Público*, 2020).

O *Público* reporta ainda que o vírus já foi detetado noutros países como Taiwan, Tailândia, Japão, Coreia do Sul, Estados Unidos da América, Singapura e Vietname.

Na figura 1, observa-se a evolução do vírus na região de Hubei, cuja capital é Wuhan. Aí, ocorre um aumento muito rápido de infeções com um pico de casos reportados em fevereiro de 2020, sendo que o pico de transmissibilidade remonta a 24 de janeiro.

Podemos nele verificar o benefício das medidas de confinamento entretanto adotadas. Com o enclausuramento massivo da população de 15 cidades, foi possível controlar o número de casos na província de Hubei. Eis aqui o mote para a possibilidade de contenção da infeção.

O confinamento não esgota as estratégias de abordagem do Governo chinês à propagação da doença. Através dos *media* nacionais e internacionais, vamos seguindo à distância acontecimentos cujos relatos se afiguram muitas vezes do domínio do ficcional. Circulam imagens nunca vistas de cidades desertas e de desinfeção das ruas e de dinheiro. É também a partir de 23 de janeiro que acompanhamos, atónitos, a construção em 10 dias do Hospital Huoshensha, de 25 mil m², exclusivamente dedicado à prestação de cuidados a doentes infetados pelo SARS-CoV-2. Aí, a gestão e o tratamento dos pacientes são entregues a 1400 militares: 950 pessoas vindas dos hospitais do Exército de Libertação Popular (ELP) e 450 das universidades médicas do exército, marinha e força aérea do EPL. Há um esforço para responder à população doente e, por outro lado, para estancar a disseminação do vírus. Em finais de janeiro, o Governo chinês decide prolongar até 2 de fevereiro o período de férias do Ano Novo Lunar, que deveria terminar a 30 de janeiro, numa tentativa de limitar a mobilidade dos cidadãos. Muitas empresas ainda alargam esse período, marcando o reinício das suas atividades para 10 de fevereiro. No entanto, a população chinesa só começa a sentir algum alívio no início de março, precisamente quando o vírus entra em aceleração noutras regiões, nomeadamente na Europa.

A partir do nosso país, assiste-se ao que se passa na China em janeiro e em fevereiro como quem está perante um cenário apocalíptico absolutamente contrastante com a sensação quotidiana de segurança e de controlo. Nessa altura, a preocupação relativamente ao que pode vir a ser a chegada do

Linha Cronológica de eventos em Hubei

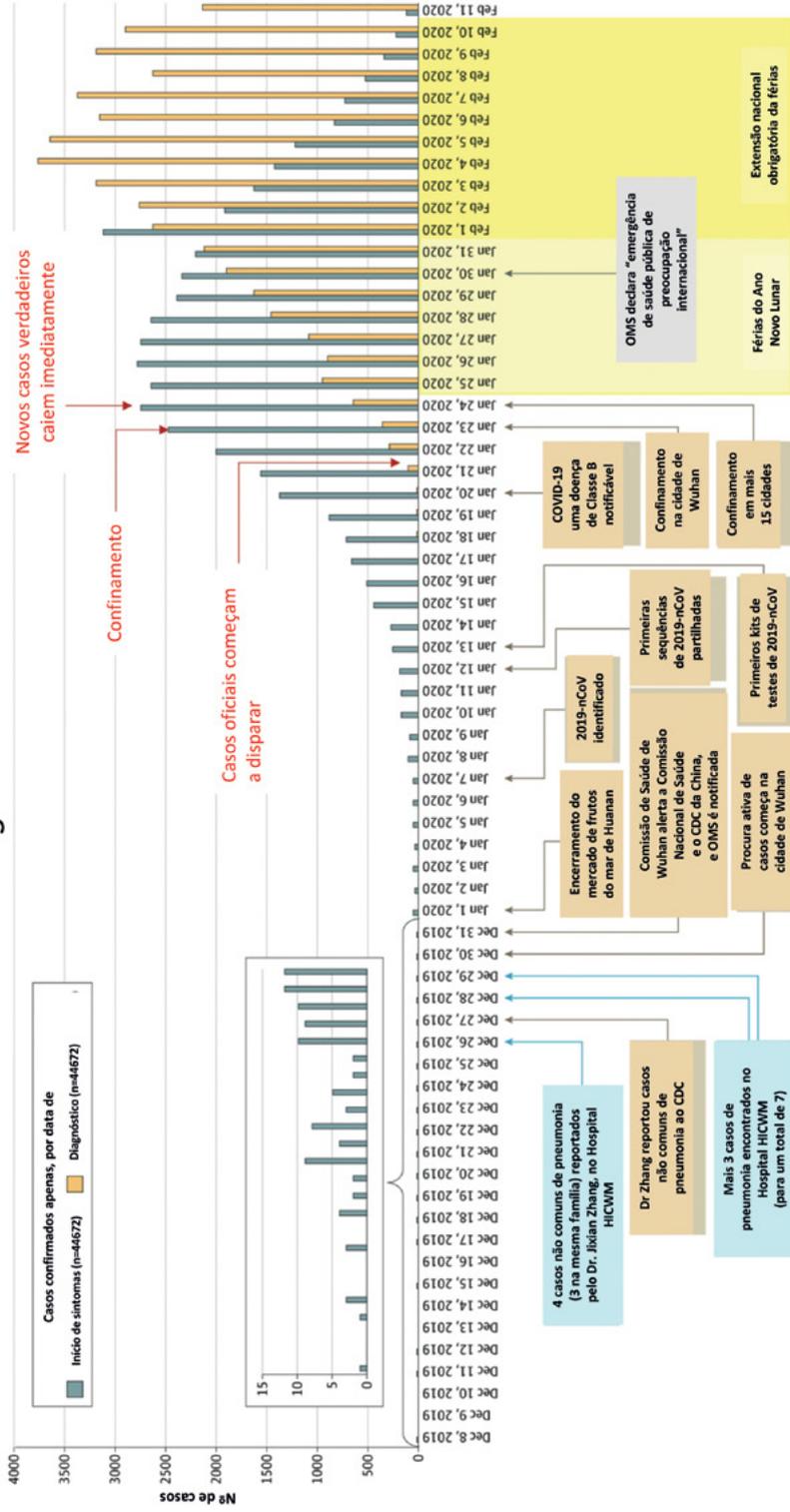


Figura 1 Síntese da evolução da infecção em Hubei e o efeito das medidas de confinamento. Análise de Tomas Pueyo em gráfico do *Journal of the American Medical Association*, com base em dados de casos brutos do Centro para Controle e Prevenção de Doenças Chinês. Pueyo, T. (2020). *Linha cronológica de eventos em Hubei*. <https://jama.network.com/journals/jama/fullarticle/2762130>

vírus à Europa e a Portugal é ainda sussurrada apenas aos mais próximos, porque parece exagerada. Todos aqueles acontecimentos estão ainda longe, demasiado longe. Mas depressa tudo ganha maior proximidade e uma imagem mais concreta.

A 24 de janeiro de 2020, as televisões noticiam que há 20 portugueses em Wuhan, epicentro do contágio, identificados pela Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas. O relato em discurso direto dá-nos conta de uma cidade fantasma, apesar dos seus 11 milhões de habitantes. A maioria desses portugueses chegará ao nosso país a 2 de fevereiro num voo específico para repatriamento.

Entre essas datas, o coronavírus começa a circular entre nós em forma de notícias de casos suspeitos que depois não serão confirmados. Por enquanto, Portugal está livre de contágios, mas não é assim noutras geografias, onde o vírus acelera e atinge, em alguns casos, níveis preocupantes. Resultado disso, a 30 de janeiro, a OMS declara este coronavírus uma Emergência de Saúde Pública de preocupação internacional e aconselha todos os países a preparem-se para a sua contenção, incluindo vigilância ativa, deteção precoce, isolamento, rastreio de contactos e prevenção. Por esta mesma altura, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças alerta para uma elevada probabilidade de infeção para os cidadãos da União Europeia que residam ou visitem a província de Hubei. No entanto, com a evidência disponível, considera que, se forem implementadas medidas rigorosas de prevenção e controlo de infeções, o risco de transmissão comunitária na União Europeia será muito baixo (ECDC, 2020).

À China, juntam-se casos no Japão, Malásia, Singapura, Coreia do Sul, Vietname, Filipinas, Estados Unidos... Na Índia, o primeiro caso é o de um estudante que retorna da Universidade de Wuhan; nas Filipinas, o SARS-CoV-2 é primeiramente detetado numa mulher que regressa a Manila vinda de Hong Kong. Um mundo, cuja vida se faz de uma mobilidade permanente, não trava a disseminação de um vírus. Progressivamente, regista-se um crescimento exponencial por todo o lado. Logo a seguir à China, os países que em fevereiro e em março de 2020 acumulam mais casos são a Coreia do Sul, a Itália e o Irão (figura 2).

Na Europa, os primeiros três casos são confirmados a 24 de janeiro de 2020, em França. Um dos infetados é um homem hospitalizado em Bordéus que regressou da China e que tinha passado por Wuhan. No entanto, estudos epidemiológicos posteriores indicam que o coronavírus já poderia estar ativo no país no final de dezembro, depois de terem diagnosticado

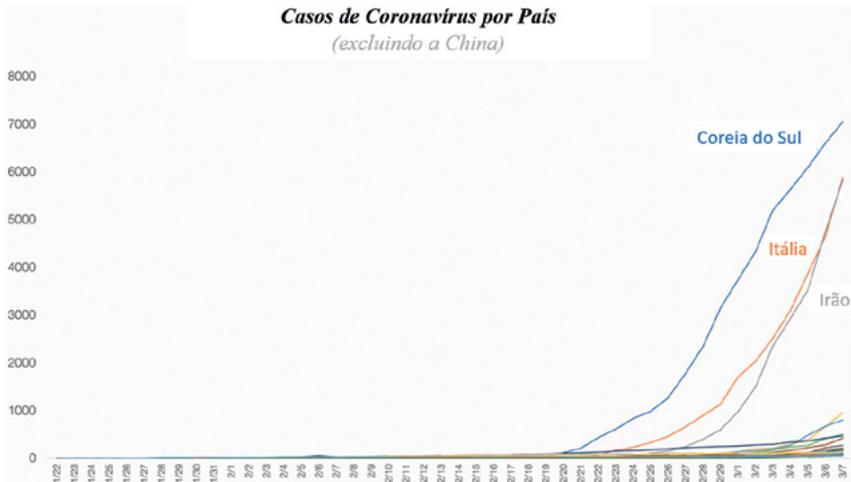


Figura 2 Evolução dos casos no resto do mundo, com base nos dados do Github. Imagem: Pueyo, T. (2020) Fonte: Pueyo, T. (10 março 2020). *Casos de coronavírus por país*. <https://tomas-pueyo.medium.com/coronavirus-act-today-or-people-will-die-f4d3d9cd99ca>

retrospectivamente um doente que, a 27 desse mês, esteve internado no Hospital Jean-Verdier de Paris.

Poucos dias depois, a 30 de janeiro, confirmam-se dois casos de infeção por coronavírus em Itália: dois turistas chineses. No dia seguinte, o Governo italiano decreta estado de emergência, acompanhado de medidas de bloqueio de circulação. No entanto, o primeiro contágio local data de 21 de fevereiro: um homem de 38 anos, aparentemente sem conexão com a China, residente em Codogno, uma pequena cidade de 15 mil habitantes a 60 quilómetros de Milão. Dias antes, há um acontecimento que perdurará na história desta pandemia. A 19 de fevereiro de 2020, um jogo de futebol da Champions League entre Atalanta (clube italiano com sede em Bérgamo) e Valência (clube espanhol) junta no estádio San Siro, em Milão, 40 mil adeptos nas bancadas, numa altura em que o vírus já circulava em Itália, mas parecia controlado. Quando o jogo foi realizado, Itália contabilizava apenas três casos de coronavírus: um casal de turistas chineses e um italiano repatriado da China. Um terço da população de Bérgamo desloca-se ao estádio para assistir ao jogo. Uma verdadeira “bomba biológica”, dirá depois o alcaide de Bérgamo, a 25 de fevereiro de 2020, ao diário desportivo *Marca* (Picó, 2020). Cerca de uma semana depois, surgiram os primeiros casos em Bérgamo, que rapidamente se torna o epicentro do coronavírus em Itália. Nesta primeira

fase, a região da Lombardia é severamente afetada pela doença, mas as autoridades logo estendem as medidas de contenção à região do Véneto, cuja capital Veneza anuncia a suspensão do Carnaval.

Perante o agravamento da situação a nível europeu, de forma a fortalecer a segurança ocupacional dos profissionais de saúde, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças publica, a 28 de fevereiro, um conjunto de orientações para a utilização e remoção adequada dos E.P.I. (equipamentos de proteção individual) no tratamento de pacientes com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). A disseminação do vírus ganha assim outras proporções. A 11 de fevereiro de 2020, a OMS, no primeiro de dois dias de reunião em Genebra entre 300 peritos internacionais, decide que esta doença passa a ter o nome oficial de COVID-19, resultante do acrónimo em inglês “*corona virus disease*”. Afastam-se desse modo associações a geografias, animais ou grupos de pessoas, a fim de evitar estigmatizações que, nessa altura, já se tornavam explícitas em relação à China.

A 25 de março, o número de casos em Itália aumenta exponencialmente com uma letalidade acima de 10%. A morte associada à COVID-19, muito superior ao que seria esperado, traduz a incapacidade do sistema de saúde em dar a resposta necessária, quer ao nível do diagnóstico, quer ao nível da administração dos cuidados de saúde. A 23 de março, o jornal *El País* faz uma retrospectiva do que aí se tem vivido ao longo do último mês e fala de um país que “vive a pior crise desde 1945” (Pacho, 2020). Os relatos de hospitais à beira da rutura são impressionantes. Nos *media* e nas redes sociais, multiplicam-se mensagens a falar de um inimaginável caos, alguns profissionais de saúde queixam-se da falta de equipamento e da incapacidade de resposta face a um número crescente de casos. Há médicos a adoecerem. Olhamos para tudo com apreensão.

Agora, o vírus começa a estar mais próximo de nossa casa. A real dimensão do problema é avassaladora. Há todo o potencial para se repetir em Espanha a situação de Itália.

O primeiro caso espanhol fixa-se a 31 de janeiro de 2020 nas Canárias: um cidadão alemão de um grupo de cinco que estava em observação em La Gomera. A 9 de fevereiro, conta-se um segundo caso em Palma de Maiorca. E a 26 de fevereiro, já há 11 infetados em Espanha, parte deles tendo passado recentemente pelo norte de Itália. A partir daí, o país começa a multiplicar casos. A 14 de março, o primeiro-ministro espanhol, Pedro Sánchez, anuncia várias restrições, proibindo todas as deslocações dos 47 milhões de

cidadãos, exceto aquelas “de força maior”. A 17 de março de 2020, o jornal *El País* (Sevillano & Güell, 2020) aponta a Alemanha como um país bem-sucedido no combate ao vírus, em contraponto com Espanha:

“A Alemanha aumentou a sua capacidade de diagnóstico até 160 mil análises semanais, o que tem permitido uma mortalidade reduzida. Esse diagnóstico precoce tem cortado cadeias de contágios e isso é apontado pelos especialistas como a chave para reduzir a mortalidade. Em contraste com isto, Espanha realizou até ao domingo passado 30 mil testes.” (Sevillano & Güell, 2020)

Nessa altura, há 7988 casos em Espanha, o que se traduz numa taxa de positividade na ordem dos 26,6%, um dos valores então mais altos a nível mundial.

A Alemanha, ao fazer 160 mil testes semanais, tem aí a estratégia para registar uma taxa de mortalidade na ordem dos 0,2%. Ao testarem muitos cidadãos, inclusive assintomáticos, os alemães conseguem cortar rapidamente cadeias de transmissão e implementar medidas de saúde pública.

Neste tempo, Portugal assiste ainda ao decorrer da pandemia como uma ameaça distante, apesar de se aproximar a passos largos. É inevitável que o vírus entre no nosso país. É uma questão de dias ou horas. Há já trabalho em curso. Ativam-se planos de contingência e publicam-se orientações para os serviços de saúde e aeroportos. Todavia, os primeiros casos suspeitos, que não se vieram a confirmar, mostram-nos que não estamos preparados. Servem como teste de ensaio.

A notícia do primeiro português infetado chega a 22 de fevereiro de 2020. Trata-se de um homem de 44 anos, que, na altura, estava a bordo do cruzeiro *Diamond Princess*, no Japão. Um outro caso haverá de passar por Portugal. A 1 de março, sabe-se que Luis Sepúlveda está internado em Oviedo com COVID-19. Uma semana antes, participou nas *Correntes d'Escritas*, na Póvoa de Varzim. Nesse dia, a Direção-Geral da Saúde pede a todos os que estiveram em contacto com Sepúlveda e com a sua esposa para ligarem para a Linha Saúde 24. O escritor morre com esta doença em Espanha, a 16 de abril de 2020.

A 2 de março de 2020, anunciam-se os primeiros dois infetados em território português: um homem de 60 anos, médico, que regressou recentemente de férias de Itália e que detetou os primeiros sintomas a 29 de fevereiro, agora internado no Centro Hospitalar Universitário do Porto, no polo do

Hospital Santo António; e um outro homem de 33 anos, que esteve em Espanha e que identificou os primeiros sintomas no dia 26 de fevereiro, internado no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto. A informação é prestada, em conferência de imprensa, pela ministra da Saúde, Marta Temido, ladeada pelo secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales, e pela diretora-geral da Saúde, Graça Freitas. Para trás, ficam várias conferências de imprensa conduzidas pela Direção-Geral da Saúde a falar de casos suspeitos que não virão a ser confirmados e que serão sempre transmitidas em direto pelos canais de informação por cabo, embora sem grande destaque nos outros *media*.

Já a entrevista da diretora-geral da Saúde a 29 de fevereiro ao *Expresso*, que coloca em primeira página o título “Graça Freitas admite um milhão de infetados em Portugal”, tem grande impacto e baseia-se em estimativas e diferentes cenários. No interior do jornal, outro título-citação: “prevemos 21 mil casos na semana mais crítica”. A explicação faz-se assim:

“Estamos a fazer cenários para uma taxa total de ataque de 10% [um milhão de portugueses] e assumindo que vai haver uma propagação epidémica mais intensa durante, pelo menos, 12 a 14 semanas. Temos estudos que nos dizem que 80% vão ter doença ligeira a moderada e só 20% terão doença mais grave e 5% evolução crítica. A taxa de mortalidade será à volta de 2,3% a 2,4%. No cenário mais plausível prevemos cerca de 21 mil casos na semana mais crítica, dos quais 19 mil ligeiros – não é muito, é como a gripe – e 1700 graves, que terão de ser internados, nem todos em cuidados intensivos.” (Arreigoso, 2020)

Ao longo da entrevista, salienta-se um país ainda em preparação para uma epidemia que desconhece. Em relação ao isolamento dos contactos de um caso positivo, Graça Freitas diz:

“Na dúvida, são testadas todas as pessoas. Se os testes forem negativos seguirão a sua vida e ficarão com a indicação de que se tiverem algum sintoma devem contactar a linha SNS24 ou a autoridade de Saúde e repetir os testes.” (Arreigoso, 2020)

Quanto ao uso de máscaras, a resposta na altura é esta:

“Como na Europa toda, não estamos a aconselhar o seu uso. Não há tradição de usar e temos dificuldade em pô-las corretamente. Um japonês está treinado e sabe como deve fazê-lo, colocando-a sem

nunca levar a mão à máscara. Os europeus põem a máscara, põem as mãos, coçam-se, colocam-na por baixo do nariz, tiram-na para se cumprimentarem... A máscara pode ainda ser pior.” (Arreigoso, 2020)

Muita coisa irá mudar. Este é apenas o início de uma linha que há de ter muitas curvas. Umhas previsíveis, outras dramaticamente inesperadas.

A 4 de março, contam-se cinco casos, a 8 de março são já 30... O Governo ativa a Comissão Nacional de Proteção Civil, os hospitais a norte começam a sentir uma certa pressão na resposta aos casos suspeitos, até porque cada caso obriga a medidas de controlo de circulação e de isolamento. As infeções aumentam a cada dia e, neste ponto, a possibilidade de crescimento exponencial é óbvia.

Os decisores políticos e as autoridades sanitárias começam a perceber que cedo chegará a escalada de suspensão de atividades de escolas e de fábricas, o cancelamento de eventos, a suspensão de voos, entre outras áreas críticas. O Governo sabe que o pior está para vir. O Presidente da República, apesar dos apelos a alguma tranquilidade, não ignora a gravidade da situação. Ele próprio é obrigado a ficar em isolamento durante duas semanas a partir de 8 de março, por ter estado na semana anterior em contacto com uma aluna infetada de uma escola de Felgueiras, entretanto fechada. Isolado em casa, fala aos jornalistas a partir da varanda: anuncia o resultado negativo de um teste e diz que vai continuar a trabalhar ali.

Sente-se que é preciso tomar medidas. Rapidamente e em força. A 13 de março, um estudo de modelação feito na China sugere que as intervenções não farmacológicas reduzem bastante o número de casos, quando implementadas antecipadamente. Os autores concluem que, sem estas medidas, a partir de 29 de fevereiro, o número de casos de COVID-19 teria sido superior em toda a China, 51 vezes mais em Wuhan, 92 vezes mais noutras cidades de Hubei e de 125 vezes noutras províncias chinesas. Os tempos de implementação destas intervenções mostraram-se também críticos. O número de casos poderia ser drasticamente reduzido em 66%, 86% e 95%, se essas intervenções não farmacológicas tivessem sido impostas 1, 2 e 3 semanas antes respetivamente (Lai et al., 2020). Percebe-se bem o que há a fazer.

Em Portugal, os *media* vão antecipando o fecho de todas as escolas. As expectativas centram-se na reunião do Conselho Nacional de Saúde Pública, marcada para 11 de março, que há de defender que o encerramento dos estabelecimentos de ensino só se justifica em caso de indicação expressa nesse sentido das autoridades de saúde. Nesse preciso dia, a OMS declara

a COVID-19 uma pandemia, espalhada em 114 países, embora 90% dos casos estejam concentrados em quatro (China, Irão, Coreia do Sul e Itália). O diretor-geral da OMS, em conferência de imprensa, apela à contenção.

Em Portugal, a 12 de março, o primeiro-ministro anuncia, contra o parecer do Conselho Nacional de Saúde Pública, o fecho das escolas e das universidades. Nesse encontro, António Costa diz tratar-se de uma “luta pela nossa própria sobrevivência e pela proteção da vida dos portugueses”. Os *media* tomaram isso como uma causa coletiva.

Começa aqui um longo período de uma mudança abrupta das nossas vidas.

1.2. O milagre português

Os títulos dos jornais são fortes nessa manhã de 13 de março. “Governo impõe plano de choque para enfrentar coronavírus”, titula o *Público*; “Mais de dois milhões de pais e filhos ficam em casa”, anuncia o *JN*. À noite, o jornalista Rodrigo Guedes de Carvalho abre assim o *Jornal da Noite*, da SIC:

“Boa noite. Bem-vindos. Como estamos todos desde ontem? Espero que bem. Estamos preocupados, como é compreensível, mas quero acreditar que estaremos fortes para esta luta que ainda vai piorar antes de melhorar.”

Os *media* tomam esse combate como uma causa coletiva, que é também deles. A 14 de março, o semanário *Sol* escolhe para manchete uma frase que começava a circular no espaço público: “Fique em casa”. O título converter-se-á rapidamente numa *hashtag* que os meios de comunicação social replicarão em permanência: no canto superior dos ecrãs de TV, nos respetivos *sites*, nas páginas dos jornais, nos alinhamentos das rádios.

Portugal prepara-se, assim, para entrar num confinamento severo, nunca antes vivido, sem saber muito bem o que isso implicará. Os atores políticos e da saúde detêm mais informação do que a população geral. A situação avançada de alguns países, sobretudo de Itália e de Espanha, dava-nos importantes alertas. É preciso agir. Depressa. Porque dentro de pouco mais de duas semanas, poderemos estar asfixiados por semelhante tragédia.

No plano político, aceleram-se medidas. Argumentando que a decisão do Governo se baseava num parecer emitido naquela semana pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, o primeiro-ministro português anuncia então, a 12 de março de 2020, várias medidas para confinar o país, dizendo que a partir daí Portugal estará “em estado de alerta”.

Estabelece-se:

Tabela 1 Medidas anunciadas a 12 de março de 2020.

Data	Medidas
12 de março	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensão de todas as atividades letivas presenciais até ao período das férias da Páscoa; • Limitação de visitas a lares de idosos e centros de dia • Encerramento de discotecas; • Limitação para um terço da lotação de restaurantes; • Reforço da capacidade do Serviço Nacional de Saúde.

A 16 de março, morre a primeira pessoa em Portugal por COVID-19: um homem de 80 anos que estava internado no Hospital de Santa Maria. É a ministra da Saúde quem dá conta desse óbito num momento em que o país soma 139 casos confirmados e 18 doentes nos Cuidados Intensivos.

No dia seguinte, é decretado o estado de calamidade no município de Ovar, onde estão confirmados 30 casos por SARS-CoV-2 e mais 440 contactos em monitorização (SNS, 2020). Cria-se aí uma cerca sanitária. “Não entra, nem sai ninguém”, escreve o jornalista Miguel Santos Carrapatoso no *Expresso* (Carrapatoso, 2020). “A vida está fechada dentro das portas das casas”, relata a jornalista do *Público* Sandra Silva Costa (Costa, 2020).

A 18 de março, no mesmo dia em que se regista a segunda morte em Portugal por COVID-19, o Presidente da República decreta o estado de emergência no país com “a duração de 15 dias, iniciando-se às 0:00 horas do dia 19 de março de 2020 e cessando às 23:59 horas do dia 2 de abril de 2020” (Presidência da República, 2020). Este regime excecional haveria de, numa primeira fase, ser sucessivamente renovado até 2 de maio, algo inédito na democracia portuguesa. Numa nota publicada no *site* da Presidência, Marcelo Rebelo de Sousa declara que “apoia a decisão do Governo, saúda o sentido de Estado dos partidos e parceiros sociais” (Presidente da República, 2020). Estamos numa fase de crescimento exponencial da epidemia. Na mesma nota, o Presidente da República reconhece que, “se a situação o impuser, essas medidas mais reforçadas deverão ser mesmo tomadas”.

O estado de emergência já havia sido decretado em Espanha a 13 de março de 2020. Nesse dia, Donald Trump anuncia a mesma decisão para os Estados Unidos. A 20 de março, o Governo procede à execução da declaração do estado de emergência através do Decreto n.º 2-A/2020. Decreta-se, entre outras coisas, o seguinte:

Tabela 2 Medidas de confinamento anunciadas a 20 de março de 2020.

Data	Medidas
20 de março	<ul style="list-style-type: none"> • Confinamento obrigatório para os doentes com COVID-19 e para os cidadãos relativamente a quem a autoridade de saúde ou outros profissionais de saúde tenham determinado a vigilância ativa; • Dever geral de recolhimento domiciliário; • Teletrabalho, sempre que as funções o permitam; • Suspensão de atividades no âmbito do comércio a retalho, com exceção daquelas que disponibilizem bens de primeira necessidade ou outros bens considerados essenciais; • Suspensão de atividades no âmbito da prestação de serviços ao público; • Suspensão de eventos de cariz religioso e culto, sendo que a realização de funerais ficaria condicionada à adoção de medidas organizacionais que garantissem a inexistência de aglomerados de pessoas e o controlo das distâncias de segurança.

Nos *media* audiovisuais, multiplicam-se imagens de ruas vazias, asfixiadas por um pesado silêncio. O país, assustado, confina-se em casa. Decisores políticos e autoridades sanitárias procuram reter a mobilidade dos cidadãos. “Só a união permite travar e depois vencer guerras”, assegura o Presidente da República na comunicação que faz ao país quando declara o estado de emergência. Também os jornalistas ajudam a promover esse confinamento, difundindo em permanência relatos de um país suspenso.

No dia 19 de março de 2020, dia do Pai, o *pivot* Hélder Silva, propõe, no *Jornal da Tarde* da RTP, um exercício singular: “Que excepcionalmente acrescentemos um acento e a letra S à palavra Pai”. E fecha assim o noticiário:

“Que estes sejam dias de um país unido, junto, contra um inimigo que, em poucos dias, nos fez repensar a sociedade que somos e os tempos em que vivemos. Um país que tarde ou cedo há-de vencer para que possamos voltar a ser pais ou filhos com todos os abraços, beijos e afetos que merecemos.”

À noite, o *pivot* José Alberto Carvalho abre assim o *Jornal das 8*, da TVI:

“Portugal fecha-se em casa no primeiro dia do estado de emergência. Há pouca gente nas ruas. Os portugueses recolhem-se, porque a casa é o porto mais seguro para vencer o coronavírus. Os portugueses fazem frente, desaparecendo das ruas com disciplina e determinação. É só assim que iremos expulsar o vírus.”

Progressivamente, sente-se necessidade de ajustar as atividades de saúde a nível regional – suspender programas de rastreios, reforçar atendimentos não presenciais, verificar cadeias de fornecimento e de logística. Mas qual a quantidade de material preciso? Qual o custo? Pensar que uma máscara cirúrgica chegava a custar mais de 5 euros, com uma utilização contínua não muito superior a 6-8 horas...

Ativam-se equipas de saúde pública. Pensa-se que há experiência anterior suficiente para lidar com a situação. Já se acumula prática sobre eventos de emergência em saúde pública, até mesmo com participação em cenários reais de emergência que envolviam doenças como o ébola ou a febre amarela. No entanto, quando começam a ser feitos testes e mais testes e os sistemas de alerta identificam dezenas, centenas de utentes infetados com COVID-19 por dia, depressa sentimos que não estamos devidamente preparados para esta escalada.

Ninguém estava pronto para enfrentar tal embate (estaremos alguma vez totalmente preparados para eventos deste género?). O presente enche-se de duras incertezas e dificuldades várias. Há uma corrida para adquirir bens de primeira necessidade. Por outro lado, retidos em casa, muitos portugueses ficam sem rendimentos. E experimentam sérios obstáculos. Paralelamente a um conjunto de apoios criados pelo Governo, a sociedade mobiliza-se em gestos de solidariedade. São criados grupos em redes sociais. Existe a disponibilização de inúmeros voluntários para entregar bens essenciais a pessoas em isolamento e às famílias mais afetadas economicamente pela pandemia. A partir do poder local, muitos municípios organizam-se para chegar a quem mais precisa. Também alguns cidadãos manifestam vontade de ajudar na compra de material hospitalar cujos preços dispararam, sobretudo no que aos ventiladores diz respeito.

A esfera privada, a casa, converte-se subitamente num espaço onde cabem muitos lugares: o escritório, a sala de aula, o ginásio ou os espaços de convívio. Mas este desdobramento do espaço doméstico é apenas viável nos estratos mais favorecidos da sociedade portuguesa. Nos setores menos privilegiados, o impacto da pandemia e das medidas restritivas começa a sentir-se de forma desproporcional e assume muitas vezes contornos dramáticos: os trabalhadores precários e/ou informais ficam à mercê da descontinuidade do seu sustento e sem meios de subsistência; as famílias expostas à pobreza lutam com as dificuldades de viabilização das aulas remotas das suas crianças; noutros casos, pais e filhos acotovelam-se numa mesma divisão para a realização das suas atividades e enfrentam a intolerância dos respetivos responsáveis face à impossibilidade de cumprimento adequado e atempado das tarefas laborais e escolares; as pessoas vítimas de violência doméstica (muitas vezes mulheres, idosos, crianças e jovens) ficam subitamente enclausuradas com os seus agressores, sem margem para pedir ajuda. Estes são alguns dos cataclismos pessoais que cidadãos e cidadãs deste país terão enfrentado por estes tempos, para lá do pesadelo diretamente trazido por um vírus tão inesperado.

Nos *media*, sobressaem notícias que dão conta de surtos em lares. Em diferentes pontos do país, o vírus espalha-se pelos sítios mais vulneráveis. O número de infetados e de mortes continua a aumentar.

A 21 de março de 2020, em conferência de imprensa, a ministra da Saúde, Marta Temido, diz que o Governo prevê que o pico da pandemia em Portugal ocorra dali a três semanas. De facto, verifica-se um crescimento rápido de óbitos associados à infeção por COVID-19, com um pico máximo na

semana de 6 a 12 de abril, associado a uma média de 32 mortes/dia. Nesse mesmo sábado, o semanário *Expresso* tem a seguinte manchete: “cientistas alertam para nova vaga do vírus até ao final do ano”.

A 24 de março, o Presidente da República, à saída de uma reunião com as autoridades de saúde no Infarmed, declara que o pico poderá ocorrer depois dessa data, congratulando-se com o facto de os portugueses estarem a contribuir para achatar a curva de casos graças ao confinamento que adotaram. No dia anterior, a 23 de março, a OMS, através de uma comunicação do seu diretor-geral, rosto que até então não era muito conhecido fora do meio científico e que passará a ser familiar neste tempo, garante que “a pandemia está a acelerar” à escala global, tendo demorado “67 dias desde o primeiro caso relatado a chegar aos 100 mil infetados; 11 dias até aos 100 mil que foram infetados a seguir; e apenas 4 dias até ao terceiro grupo dos 100 mil infetados”.

A 25 de março, Portugal entra na fase de mitigação. Em Lisboa e no Porto, criam-se hospitais de campanha. Com os números sempre a subir, a Direção-Geral da Saúde, na conferência de imprensa de 28 de março, remete a fase mais grave para finais de maio. Aí, a ministra da Saúde reconhece dificuldades na aquisição de equipamento hospitalar, como zaragatoas, e de material de proteção individual. No mesmo dia, Portugal conta 100 mortos por COVID-19. Um pouco por todo o mundo, e também no nosso país, há uma corrida aos equipamentos de proteção para os profissionais de saúde. Por cá, surgem várias ofertas de viseiras, mas as máscaras tornam-se bens escassos. Fala-se também na necessidade de mais ventiladores.

A 1 de abril de 2020, o Governo dá parecer positivo à proposta do Presidente da República para renovar o estado de emergência entre 3 e 17 de abril. No dia seguinte, o primeiro-ministro explica ao país as medidas que entrarão em vigor dali a 24 horas. Assegura que “ainda não é o momento de pressas, nem tão pouco o momento de ver a luz ao fundo do túnel” e pede especial recato no período da Páscoa. António Costa anuncia as principais medidas horas antes da comunicação ao país de Marcelo Rebelo de Sousa, que explicaria as razões da renovação do estado de emergência, uma antecipação lida pelos *media* como uma chamada de um certo protagonismo para o Governo.

Veja-se, por exemplo, o artigo da jornalista São José de Almeida, no *Público*, de 3 de abril de 2020, intitulado “Costa proíbe a Páscoa e fecha aeroportos” ou o texto da jornalista Ângela Silva, no *Expresso* de 18 de abril de 2020, intitulado “Marcelo e Costa: União pública, disputa privada”, em que se escreve:

Costa chegou primeiro. Pela primeira vez, em quatro anos, a popularidade de Costa ultrapassa a de Marcelo nas sondagens... A pandemia alterou o xadrez: o primeiro-ministro que estava em queda cresceu, e Marcelo que começava a descolar tem de colaborar. É com estes cálculos na cabeça e com a certeza, partilhada por fontes dos dois lados, de que a gestão do problema de saúde pública ou corre bem para os dois ou corre mal para os dois, que ambos se adaptam ao novo contexto. (Silva, 2020)

Na sua intervenção, o Presidente da República não dá sinais de afastamento do Governo. Pelo contrário. Testemunha cooperação e enaltece o espírito de união e de solidariedade dos portugueses. E deixa este desafio: “só ganhamos abril, se não baixarmos a guarda”. Nessa data, o mundo ultrapassa um milhão de casos confirmados. O top 10 dos países mais afetados (Duddu, 2020) por ordem crescente de casos confirmados é o seguinte: Turquia, Suíça, Reino Unido, Irão, França, China, Alemanha, Itália, Espanha e, por fim, com maior número de infeções, os Estados Unidos da América. Com menos de cerca de metade dos casos do que os Estados Unidos, a Itália apresenta mais do dobro do número de mortes – 115.242 casos e 13.915 mortes *versus* 245.573 casos e 6.058 mortes. Cenário assustador e esmagador o que se vive em Itália, que ecoa pelos *media* internacionais, chocando todos os olhares longínquos.

Voltemos a Portugal. Pelo Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020, a 3 de abril de 2020, entra em vigor o segundo estado de emergência em Portugal, prolongado até 17 de abril. Na mesma data, o Governo regula a aplicação da prorrogação do estado de emergência, através do Decreto n.º 2-B/2020, que revoga o Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março. As medidas de restrição são apertadas, sobretudo em período pascal, como se fixa no artigo 6.º:

“Os cidadãos não podem circular para fora do concelho de residência habitual no período compreendido entre as 00:00h do dia 9 de abril e as 24:00h do dia 13 de abril, salvo por motivos de saúde ou por outros motivos de urgência imperiosa.” (Presidência do Conselho de Ministros, 2020)

Não estão abrangidos por esta restrição cidadãos no desempenho das suas profissões. A limitação a um terço dos transportes públicos estende-se agora também ao transporte aéreo.

A evolução da situação pandémica a nível internacional começa a ser crítica com a emissão de alertas, mas, na perceção dos viajantes, só é efetivamente sentida quando há cancelamentos de viagens, controlos mais apertados em pontos de fronteira e se inicia a quarentena de utentes suspeitos de serem contactos de risco.

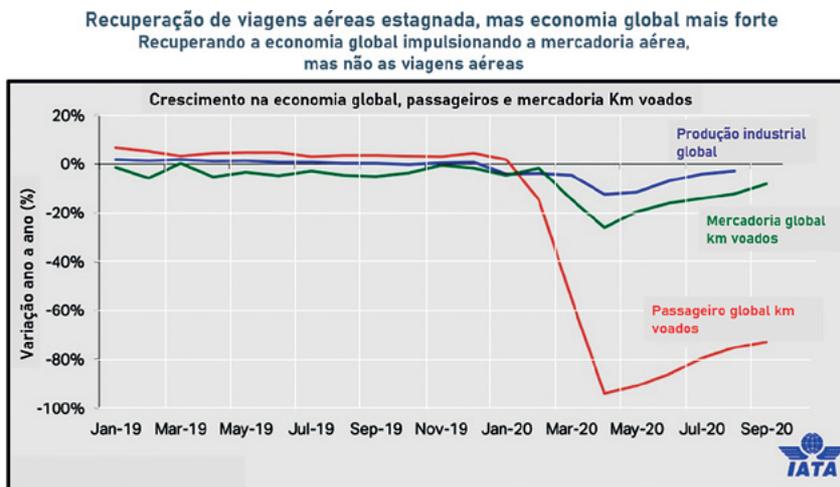


Figura 3 Evolução da economia global e das viagens aéreas comerciais e de passageiros durante 2019 (fase pré-pandemia) e 2020 (primeiro ano de pandemia). IATA. (24 Novembro 2020). *Crescimento na economia global, passageiros e mercadoria Km voados*. <https://www.moodiedavittreport.com/deep-airline-industry-losses-to-continue-in-2021-even-with-travel-recovery-says-iata/>

O mesmo se passa noutras áreas da indústria de transportes civis, como os transportes de navios cruzeiro (figura 3).

Por esta altura, o tema do uso das máscaras ganha mais força. A 22 de março de 2020, em conferência de imprensa, a diretora-geral da Saúde defendia, a esse propósito, o seguinte: “não vale a pena a utilização de máscaras (...), servem para praticamente nada. Dão uma falsa sensação de segurança. Não use máscaras. Tenha a contenção e cuidado de manter a distância social. É esse o nosso apelo” (Direção-Geral da Saúde, 2020). A 4 de abril, em conferência de imprensa, a ministra da Saúde alerta para o uso correto da máscara, sublinhando que a utilização deverá adotar-se em situações específicas. Passados dois dias, a 6 de abril, num encontro com os jornalistas, a diretora-geral da Saúde diz aguardar orientações da

Organização Mundial da Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. No mesmo dia, o diretor-geral da OMS declara o seguinte: “as máscaras cirúrgicas têm de ser prioritariamente para os profissionais de saúde que estão na linha de combate da doença”. Não há máscaras para as necessidades efetivas e procura-se racionar o respetivo uso.

A 13 de abril, a Direção-Geral da Saúde impõe o respetivo uso a todas as pessoas que circulem em espaços fechados ou frequentados por muita gente, como é o caso dos supermercados, das farmácias, das lojas, dos estabelecimentos comerciais e, claro, dos transportes públicos (DGS, 2020). Com a escassez e a exuberância dos preços das máscaras cirúrgicas, começam a surgir massivamente particulares e microempresas a prepararem e a venderem máscaras de tecido. Alguns municípios distribuem gratuitamente máscaras de tecido laváveis e reutilizáveis por cinco vezes. Eis aqui uma medida de proteção individual, a máscara, que vai perdurar por muito, muito tempo. A 30 de abril de 2020, num encontro com os jornalistas para explicar medidas de contenção adotadas dali a dias, Graça Freitas diz: “Vamos ter mais comércio aberto, mas para irmos ao comércio temos de utilizar máscaras”.

Entretanto, iniciam-se os rastreios nos lares (legais e ilegais) com o envolvimento do Ministério da Saúde e da Segurança Social. A 7 de abril, o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, na conferência diária promovida juntamente com a Direção-Geral da Saúde, dá conta da nova orientação da DGS que visa a testagem das pessoas residentes em lares, assim como os respetivos profissionais, com vista a interromper cadeias de transmissão (DGS, 2020). O investimento na testagem alarga-se a outros grupos. Promovem-se os centros de testes, mas também rastreios massivos. A capacidade de testagem no país aumenta rapidamente logo no início da pandemia (figura 4).

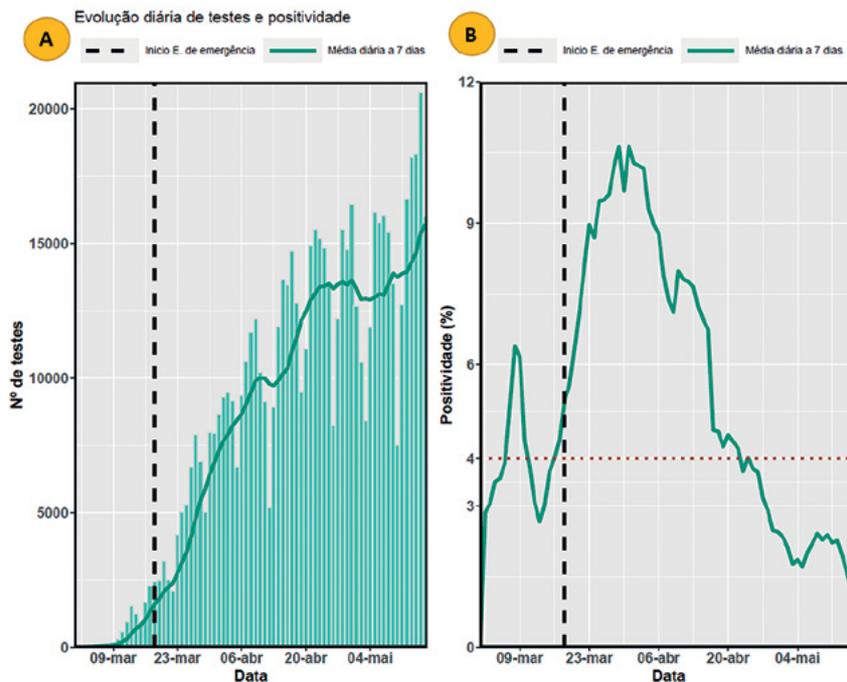


Figura 4 Evolução diária do número total de testes realizados (gráfico A) e positividade (gráfico B) em Portugal, entre 1 de março e 16 de maio de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

Passamos de um valor médio de 2582 testes por dia em março, com o pico máximo a 30 de março com 7986 testes, dos quais 910 (11.4%) positivos, para um valor médio de 13 771 testes por dia no mês de maio, com um pico máximo a 15 de maio com 20 598 testes (gráfico A da figura 4), somando-se 906 (4.4%) casos positivos (gráfico B da figura 4). Aposta-se de uma forma muito clara na capacidade de testagem numa intenção inequívoca de ter uma fotografia fidedigna da situação nacional.

O número de novos casos cresce durante todo o mês de março de forma exponencial, à semelhança do que acontece noutros países. Em cerca de 15 dias, passamos de 1 caso para 245, tendo ultrapassado os 1000 casos 5 dias depois. A 23 de março, estávamos nos 2000 casos acumulados, a 30 de março tínhamos ultrapassado já os 7000. A 3 de abril é atingida uma média a 7 dias de 803 casos diários, o máximo nesta onda (gráfico A da figura 5). A partir deste momento, os casos começam a diminuir. A 2 de maio, são notificados

203 casos, o valor mais baixo desde o início do estado de emergência (gráfico A da figura 5). Os internamentos começam por aumentar acompanhando o número de novos casos, apresentando depois um crescimento atípico: o aumento de internamentos não acompanha o crescimento do número de infeções (gráfico C da figura 5). Esta atipia deve-se a uma mudança dos critérios de internamento. Até meados de março de 2020, todos os infetados eram internados. À medida que se consegue monitorizar os doentes à distância e se percebem melhor os sinais de gravidade da doença, começam a surgir critérios para internamento – que ocorre apenas nas situações de maior risco. As pessoas sem indicação para internamento passam a estar isoladas no seu domicílio com apoio remoto dos serviços de saúde. Assim, numa fase inicial, a curva de internamento acompanha a curva dos novos casos. A seguir, parece haver uma estabilização, apesar do aumento de pessoas infetadas – grande parte fica sob monitorização no seu domicílio. Esta estabilização dos internamentos é, no entanto, de curta duração. A partir de meio de março, assiste-se a um aumento exponencial do número de pessoas internadas, atingindo-se o pico a meio de abril, com mais de 1300 pessoas em enfermaria e em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (gráfico D da figura 5).

Durante a pandemia de COVID-19, houve necessidade de aumentar a capacidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos. O *site* do SNS referia 5,66 camas/100 mil habitantes em dezembro de 2019 (a Alemanha tinha 34 camas/100 mil habitantes) (Duarte, 2021). Em abril de 2020, Portugal consegue aumentar essa capacidade para 7,39/100 mil habitantes. Todavia, o número de camas de UCI, equipadas com ventiladores, monitores e profissionais treinados, é escasso para a crise que atravessamos.

Em meados de março, deparamo-nos com uma tendência crescente do número de óbitos (gráfico B da figura 5). Passadas duas semanas, registam-se mais de 150 mortes associadas à COVID-19. A 10 de abril, é ultrapassada a barreira do meio milhar de óbitos.

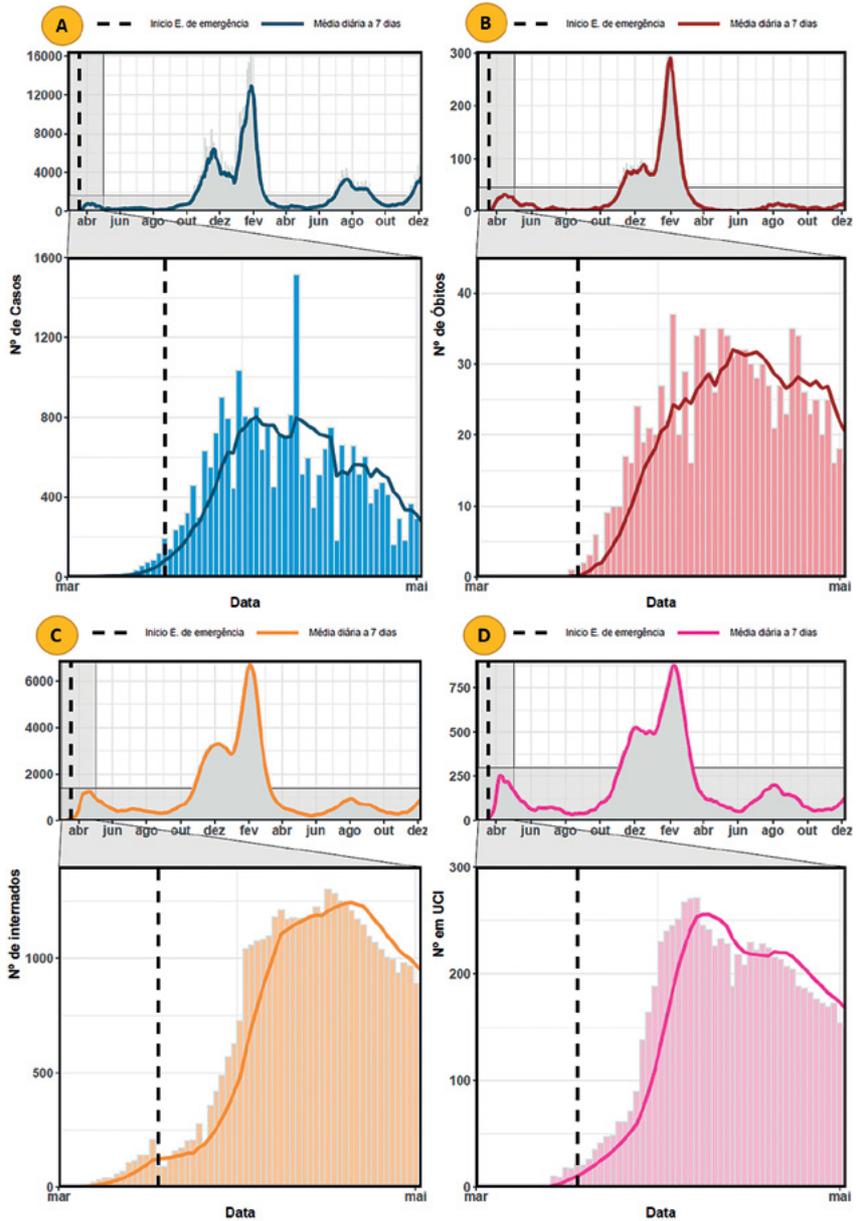


Figura 5 Evolução diária do número de casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal, entre 1 de março e 2 de maio de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

A DGS emite, a 16 de março, uma norma sobre cuidados *post mortem*. As medidas restritivas criam constrangimentos na ritualização do luto. Os procedimentos sanitários (o envolvimento dos cadáveres em invólucros impermeáveis ou a impossibilidade de vestir o ente querido) alteram e frustram irreversivelmente a necessidade de honrar os mortos com um cerimonial que atribua um certo sentido de dignidade e de tributo à pessoa que partiu.

Por esses dias, a COVID-19 deixa de ser uma preocupação distante. Já nos invade o quotidiano, a vida, a mente... Já se infiltra nos nossos mais pequenos gestos do dia a dia: o contacto entre pessoas, mesmo entre as que se amam, deixa de ser livre, despreocupado, espontâneo – cada aproximação e cada movimento são medidos e calculados. O medo de contagiar quem se quer bem (pais, avós, filhos, irmãos...) ao cuidar, ao afagar, ao abraçar, ao beijar, torna-se onnipresente.

Tendo o vírus uma capacidade de contágio expressiva, começa a fazer parte do nosso quotidiano discutir o R_t . O número básico de reprodução, o R_0 , passa a integrar o nosso discurso do dia a dia, sendo citado com frequência pelos peritos para mostrar quantas pessoas são infetadas, em média, por um único doente com COVID-19 numa população suscetível, ou o número de reprodução efetivo (R_t), numa população onde já estão implementadas medidas e já há algum grau de imunidade. Um valor superior a 1 traduz o potencial de disseminação da infeção na comunidade. Quanto mais alto for esse valor, mais rápida é a propagação da doença pela comunidade.

A 20 de março de 2020, o R_t nacional era de 1,51, ou seja, cada 100 pessoas transmitiam o vírus a 151 pessoas. Só com as medidas de confinamento se consegue que o R_t fique abaixo de 1 (figura 6). Sempre que o R_t atinge valores acima de 1,20, é inevitável um novo pico com expressão em casos, óbitos e internamentos elevados. Este valor de R_t é uma boa orientação para a fase de aceleração do número de casos de COVID-19, mas menos útil em fases de menor expressão da presença do vírus ou de evolução lenta de transmissão.

Este primeiro momento serviu para tornar clara a importância do valor de R_t como um guia em fases de aceleração e de alerta para o futuro próximo durante toda a pandemia.

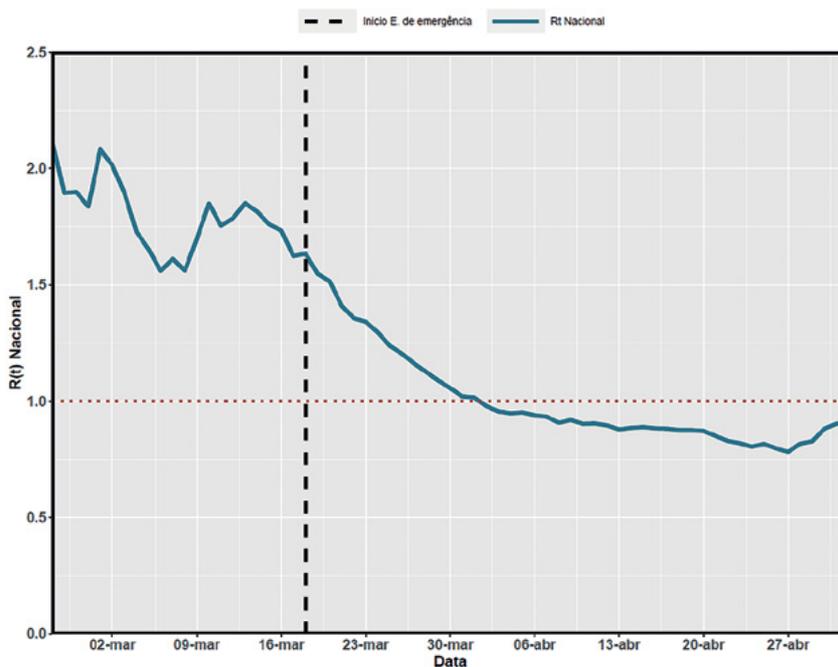


Figura 6 Evolução do número de reprodução efetivo ou índice de transmissibilidade (R_t) nacional de 26 de fevereiro a 2 de maio de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

A meio de março, inicia-se uma trajetória de descida do R_t , que reverte para valores inferiores a 1 a partir de 2 de abril. Em meados desse mês, começamos a ouvir falar de estabilização da curva epidemiológica. Estamos numa fase de diminuição da transmissão (figura 6) e começamos a ter outras prioridades. As consultas médicas não urgentes, suspensas em março, vão sendo retomadas. Há uma sensação de alívio e uma vontade enorme de regressar à normalidade. Todavia, a 10 de abril, a Organização Mundial da Saúde lança um alerta aos países que ponderam minimizar as restrições de confinamento: “levantar as restrições cedo demais pode levar a uma ressurgência mortífera”. Portugal vai precisar de ainda mais umas semanas para iniciar este processo e, por isso, o estado de emergência é prolongado por mais alguns dias.

Assim, a 18 de abril, inicia-se o terceiro estado de emergência através do Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020, de 17 de abril, que se prolongará até às 23:59h do dia 2 de maio de 2020, sendo regulamentado

pelo Governo através do Decreto n.º 2-C/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020), de 17 de abril, que revoga o Decreto n.º 2-B/2020, de 2 de abril. Nesse articulado, fixam-se limitações especiais para o concelho de Ovar, a saber: “a interdição da circulação e permanência de pessoas na via pública, incluindo as deslocações com origem ou destino no referido concelho, exceto as necessárias e urgentes”. Esta prioridade é definida pela pressão verificada no Hospital de Ovar e pelo elevado número de casos na comunidade. Estas medidas de contenção clássicas procuram limitar a circulação de indivíduos infetados entre localidades. Apesar de hoje as medidas parecerem excessivas, na altura privilegia-se o princípio precaucionário com vista a proteger a saúde pública da comunidade envolvente.

Chegados aqui, alguns portugueses manifestam vontade de regressar a um quotidiano mais livre de condicionamentos. No *Jornal das 8* da TVI, de 19 de abril de 2020 (domingo), o *pivot* José Alberto Carvalho diz isto:

“A esmagadora maioria das pessoas resistiu à tentação do bom tempo, mas também é verdade que se registou um ligeiro aumento no movimento nas ruas e nas praias, sobretudo nas regiões densamente povoadas. Portugal vai na quinta semana de confinamento e o cansaço desse isolamento social começa a fazer-se sentir. Apesar de tudo, vale a pena sublinhar duas questões: em primeiro lugar, é encorajador que a esmagadora maioria dos portugueses resiste à tentação de sair de casa, segundo é bom lembrar o que dizem as autoridades de saúde: vivemos um tempo em que podemos deitar tudo a perder.”

No dia anterior, a 18 de abril de 2020, o semanário *Expresso* publica uma entrevista com o primeiro-ministro em que este explica alguns passos do desconfinamento que será anunciado a 30 de abril:

“Gostaríamos que não houvesse sobreposição de universos abrangidos (no sistema escolar). Por exemplo: o universo do 11.º, 12.º e o universo das creches são universos que não se cruzam. Gostaríamos também de ir mantendo o maior número de pessoas em teletrabalho durante o mês de maio, para evitar essa concentração, e que a saída do teletrabalho se possa fazer também de uma forma faseada. O comércio... a nossa ideia é que evolua gradualmente. A primeira prioridade vai ser o comércio local, que é o que concentra menos pessoas, onde é possível ter uma menor distância de deslocação e onde é mais fácil organizar as entradas e evitar aglomerações. Uma segunda fase serão as lojas maiores que têm porta

aberta para a rua. O terceiro nível serão as grandes superfícies.” (Dinis & Valente, 2020)

Nessa conversa com os jornalistas do *Expresso*, destaca-se particularmente o caso das praias, anunciando-se medidas de restrição. E isso fará agendamento noticioso nos dias seguintes.

A 30 de abril, em conferência de imprensa, o primeiro-ministro apresenta o plano de desconfinamento do país, aprovado nesse dia em Conselho de Ministros, e que passará por três fases:

- 1.^a fase de desconfinamento: 4 de maio;
- 2.^a fase de desconfinamento: 18 de maio;
- 3.^a fase de desconfinamento: 1 de junho.

“Desconfinamento segue com incertezas” (*Público*), “Primeiro passo para a normalidade... com risco de marcha atrás” (*DN*), “Máscaras obrigatórias e funerais sem limite para familiares” (*JN*) são alguns títulos de capa dos jornais do dia seguinte. Em editorial, Manuel Carvalho escrevia no *Público* o seguinte:

“O primeiro-ministro reinventou-se entre os danos da crise. Como se em causa estivesse uma espécie de revelação, vimos um chefe realista, prudente, ligado aos problemas globais sem descurar os pequenos dramas que afetam as pessoas. ... Por muito paradoxal que possa parecer, é este discurso cauteloso e vagamente pessimista sobre o futuro que tem mais condições de gerar confiança nos portugueses. ... Nunca como hoje o secretário-geral do PS vestiu tão bem o fato de primeiro-ministro.” (Carvalho, 2020)

O diretor-adjunto do *Jornal de Notícias* Manuel Molinos escrevia o seguinte:

“O arranque da atividade económica só é possível, porque a estratégia das autoridades de saúde esteve certa e a gestão política da crise provocada pela pandemia foi eficaz. (...) Não é necessário que todos estejam alinhados no geral. O que é preciso é que todos estejam unidos no mesmo desígnio.” (Molinos, 2020)

Comparando Portugal com outros países próximos, em particular com Espanha e Itália, verifica-se que, apesar da alta incidência, conseguimos ter um número controlado de mortes. Nesta primeira fase, somos capazes de detetar os casos, fruto de campanhas de testagem massivas, e prevenir a

transmissão em particular nos grupos de maior risco, conseguindo, assim, reduzir o número de mortes.

A 23 de abril, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, na sua nona avaliação de riscos, refere uma evidência sobre o efeito das medidas não farmacológicas na transmissibilidade em países europeus. Um dos estudos de modelação realizados em França estima que a entrada em *lockdown* reduziu o R_t de 3,0 para 0,68 e um outro semelhante em Itália aponta uma redução de 3,0 para 0,24. Outros estudos de modelação na Europa mostram que o levantamento rápido destas medidas poderá causar um aumento repentino de casos, enquanto uma estratégia de redução progressiva de medidas poderá mitigar significativamente o risco de surtos, manter a incidência num patamar controlável, tendo em conta a capacidade hospitalar, e permitir sistemas de monitorização para identificar a necessidade da reintrodução de medidas específicas perante o ressurgimento de casos (ECDC, 2020).

Portugal passa esta primeira fase com um número relativamente baixo de mortes, sobretudo quando comparado com os outros países da Europa, atraindo a atenção internacional para o que foi apelidado de “milagre português” (figuras 7 e 8).

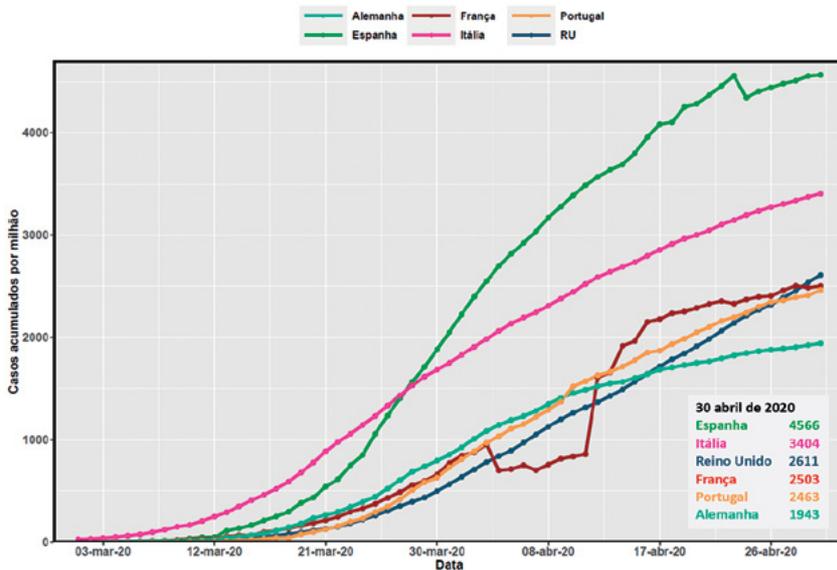


Figura 7 Número de casos acumulados por milhão de habitantes entre 1 de março e 30 de abril de 2020, em Espanha, Itália, Reino Unido, França, Alemanha e Portugal. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

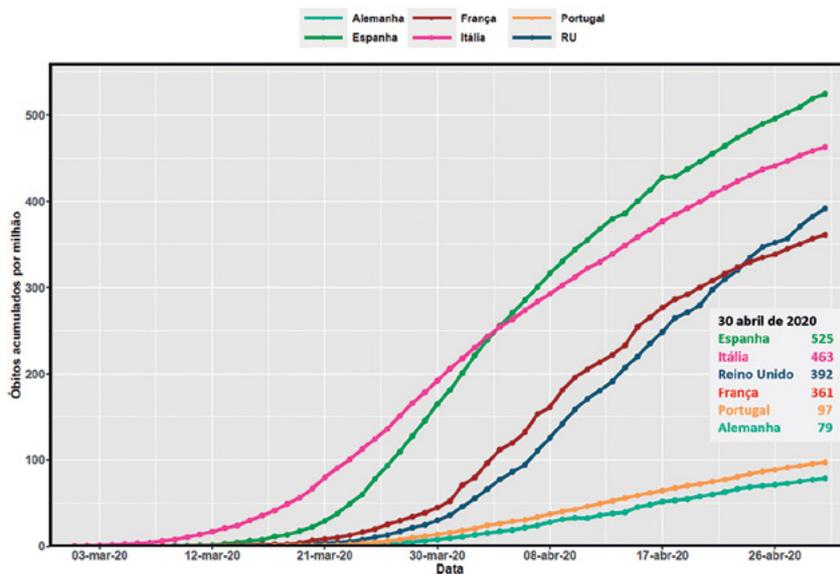


Figura 8 Número de óbitos acumulados por milhão de habitantes entre 1 de março e 30 de abril de 2020, em Espanha, Itália, Reino Unido, França, Alemanha e Portugal. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

1.3. Derivas diversas

A partir de 4 de maio até 30 de junho de 2020, o país passa a estado de calamidade, com a redução faseada das medidas de restrição. A curva de mortalidade mostra agora uma redução consistente, quando comparada com aquela traçada a partir de meados de março até finais de abril (figura 8). Será que já poderemos agendar férias? A ideia assalta-nos. A medo.

Nesta fase, desenham-se as medidas de reabertura (tabela 3).

Tabela 3 Medidas da primeira fase de desconfinamento iniciada a 4 de maio de 2020.

Categoria	Data	Medidas de reabertura
Regras gerais	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Confinamento obrigatório para pessoas doentes e em vigilância ativa; • Dever cívico de recolhimento domiciliário; • Proibição de eventos ou ajuntamentos com mais de 10 pessoas; • Lotação máxima de 5 pessoas/100m² em espaços fechados; • Funerais: com a presença de familiares.
Transportes públicos	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Lotação de 2/3.
Trabalho	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício profissional continua em regime de teletrabalho, sempre que as funções o permitam.
Serviços públicos	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Balcões descentrados de atendimento ao público.
Comércio e restauração	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Comércio local: lojas com porta aberta para a rua até 200m²; • Cabeleireiros, manicures e similares; • Livrarias e comércio automóvel, independentemente da área.
Cultura	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliotecas e arquivos.
Desporto	4 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Prática de desportos individuais ao ar livre.

O primeiro-ministro pede às pessoas para saírem à rua. É urgente retomar a rotina diária. Com cautela. Uma certa normalidade, acompanhada de máscara, de distância, sem beijos nem abraços, vai chegando com o bom tempo, enquanto sentimos em simultâneo o peso do impacto económico que meses de confinamento tiveram em vários setores. Passadas duas

semanas, a 15 de maio, António Costa, em conferência de imprensa, faz um balanço positivo dos dias anteriores e apresenta a segunda fase do desconfinamento, que entrará em vigor a partir de 18 de maio (tabela 4).

Tabela 4 Medidas da segunda fase de desconfinamento a 18 de maio de 2020.

Categoria	Data	Medidas de reabertura
Comércio e restauração	18 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Lojas com porta aberta para a rua até 400 m² ou partes de lojas até 400 m²; • Restaurantes, cafés e pastelarias/esplanadas.
Escolas	18 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • 11.º e 12.º anos ou 2.º e 3.º anos de outras ofertas formativas (10h-17h); • Equipamentos sociais na área da deficiência; • Creches (com opção de apoio à família).
Cultura	18 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Museus, monumentos e palácios, galerias de arte e similares.

Nesta fase, a reabertura de fronteiras continua em avaliação. Os fluxos migratórios são uma variável importante em doenças transmissíveis com períodos relativamente longos de incubação e alta transmissibilidade de pessoa para pessoa. A COVID-19 preenche estes dois requisitos, suscitando, desse modo, alertas relevantes e obrigando a tomar medidas de controlo para mitigar o risco de transmissão e a severidade da doença. Uma das medidas relevantes passa pelo controlo dos pontos de fronteira. A tomada de uma posição para a restrição dos movimentos entre países está contemplada em tratados internacionais, Regulamento Sanitário Internacional (RSI), com o objetivo de prevenir e controlar a expansão de doenças no contexto internacional. A ativação das medidas preconizadas no RSI está bem evidente no gráfico seguinte (figura 9) sobre a situação de pontos de fronteira por via aérea:

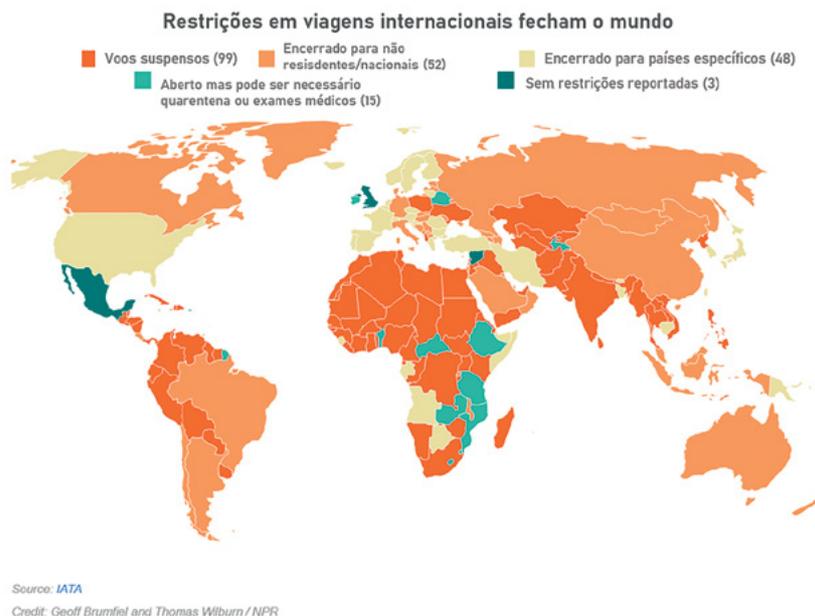


Figura 9 Restrições nas viagens internacionais a 15 de maio de 2020 por país. IATA. (2021) *Restrições em viagens internacionais fecham o mundo*. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/05/15/855669867/countries-slammed-their-borders-shut-to-stop-coronavirus-but-is-it-doing-any-goo?t=1644922322458>

A 15 de maio de 2020, já a maioria dos países tinha tomado uma posição de controlo apertado das fronteiras como forma de quebrar as cadeias de transmissão com origem externa ao território nacional. Curioso a região ocidental ser das regiões com a menor exigência de controlo, fruto de um posicionamento geo-político mais liberal e de promoção da livre circulação de pessoas. Claro que esta abertura também traz mais consequências, pois o continente europeu torna-se um *pivot* na circulação das diferentes estirpes.

Logo no início da pandemia, Portugal começa a sentir pressão para fazer esse controlo, com a identificação de todos os turistas à chegada, estando esse trabalho dependente de uma articulação próxima entre o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e as autoridades de saúde. Havendo uma dificuldade de interoperabilidade entre plataformas digitais ou falta de fluxos de comunicação ágeis, muitas vezes essa comunicação apresenta um atraso de alguns dias. Neste contexto, surgem iniciativas vocacionadas

para a monitorização dos turistas em ambientes de grandes cidades, com erros de precisão de menos de dois metros na circulação, através da utilização dos respetivos *smartphones*. Nunca houve, contudo, grande adesão a estes projetos, pela dificuldade de integração nos sistemas de gestão em saúde pública. Todavia, as fronteiras aéreas ou marítimas não são a maior dificuldade na gestão pandémica em Portugal, mas sim as fronteiras terrestres, sempre mais permeáveis a uma circulação sem controlo, ainda que tivesse sido determinado o seu fecho para situações não urgentes, desde a ordem para o primeiro confinamento.

Embora o país esteja progressivamente a sair de casa, a Área Metropolitana de Lisboa, sobretudo a capital, é notícia logo a partir dos primeiros dias de maio devido ao aumento de casos de COVID-19 com vários focos de infeção (figura 10). Fábricas na Azambuja e no Montijo somam um número expressivo de trabalhadores infetados ao longo do mês. Também empresas de construção civil, onde o número de trabalhadores temporários é expressivo, apresentam vários casos. Aí, torna-se necessário criar regras especiais, nomeadamente planos de realojamento de emergência para separar pessoas infetadas. A 29 de maio, a diretora-geral da Saúde define a situação de Lisboa como complexa, sendo a única região do país que continua a registar uma subida do número casos. Graça Freitas refere diversas causas e apela aos jovens para evitarem concentrações e cumprirem o distanciamento.

Por esta altura, a 1 de junho, é publicada, na revista científica *Lancet*, uma revisão bibliográfica de 172 estudos observacionais de 16 países dos seis continentes, onde se analisa o efeito do distanciamento físico, o uso de máscaras faciais e a proteção ocular na transmissão de COVID-19, SARS e MERS em ambientes comunitários e estabelecimentos de saúde. Concluem que a utilização da máscara, o distanciamento físico superior a um metro e a proteção ocular podem reduzir em aproximadamente 6, 5 e 3 vezes, respetivamente, o risco de transmissão destes vírus (Chu et al., 2020).

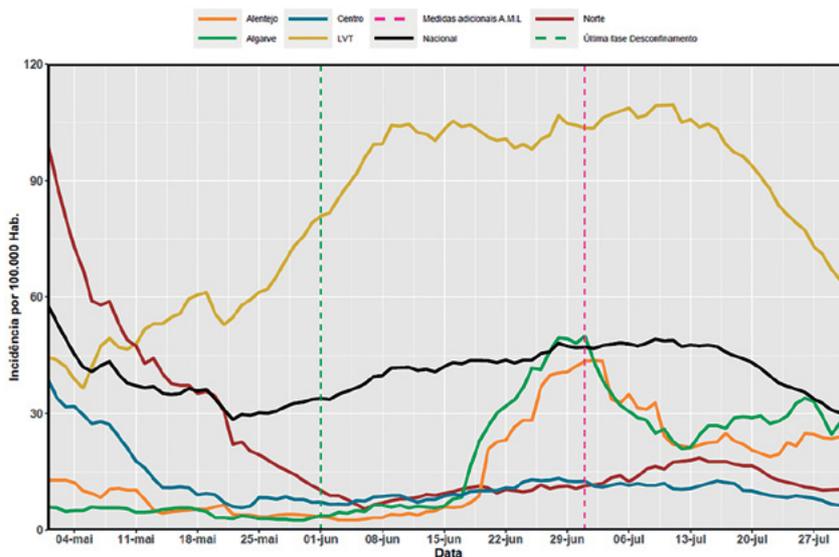


Figura 10 Evolução da incidência (acumulada a 14 dias/100 mil habitantes) nacional e por região de 1 de maio a 31 de julho. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

A 1 de junho, inicia-se a terceira fase do desconfinamento (tabela 5).

Tabela 5 Medidas da terceira fase de desconfinamento iniciada a 1 de junho de 2020.

Categoria	Data	Medidas de reabertura
Regras gerais	30/31 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Cerimónias religiosas: celebrações comunitárias de acordo com regras a definir entre DGS e confissões religiosas.
Trabalho	1 de junho	<ul style="list-style-type: none"> • Teletrabalho parcial, com horários desfasados ou equipas em espelho.
Serviços públicos	1 de junho	<ul style="list-style-type: none"> • Reabertura das Lojas de Cidadão.
Comércio e restauração	1 de junho	<ul style="list-style-type: none"> • Lojas com área superior a 400 m² ou inseridas em centros comerciais.

Categoria	Data	Medidas de reabertura
Escolas	1 de junho	• Creches / Pré-escolar / ATL.
Cultura	1 de junho	• Cinemas, teatros, auditórios, salas de espetáculos.
Desporto	31/30 de maio	• Futebol: competições oficiais da 1.ª Liga de Futebol e Taça de Portugal.

A preocupação continua a ser a região de Lisboa e Vale do Tejo. Por isso, nesta fase, os centros comerciais não reabrem. Apesar das pressões políticas, resiste-se a instituir aí qualquer cordão sanitário, reforçando-se, no entanto, o processo de testagem. Contudo, é difícil conter o aumento de novos casos. O poder político procura, no entanto, dotar o quotidiano de alguma normalidade. A 6 de junho, o Presidente da República vai até à praia dos Pescadores, na Ericeira, para inaugurar o início da época balnear e deixa-se filmar em banhos. Aos jornalistas, diz que não se pode baixar a guarda, mas também não é aconselhável criar um ambiente de alarmismo.

Por esta altura, abre-se o habitual roteiro tradicional de romarias, de celebrações religiosas e de eventos sociais, estimulado pela vinda dos imigrantes a Portugal para períodos de férias e reencontros com as suas raízes. Porém, a vida de todos os dias está longe daquela de outrora. Em Lisboa, não há santos populares e a Norte pede-se que se festeje o S. João em casa. Em Fátima, o 13 de junho é celebrado com muitas restrições. Os casamentos continuam muito limitados. E a vinda dos imigrantes é encarada com muitas reservas, até porque há países de origem com pior situação epidémica que Portugal. São, então, emitidas recomendações a aconselhar que se evite esse regresso ou que se viaje em situação de baixo risco (sem sintomas ou sem proximidade no tempo e espaço a pessoas com sintomas). Todavia, não é fácil controlar os que querem vir, até porque isso seria inviável para quem fizesse essa viagem por via terrestre, já que a abertura de fronteiras ia sendo progressivamente restabelecida.

Se sentíamos alguma apreensão relativamente àqueles que chegavam, ao longo do mês de junho há vários países (Dinamarca, Letónia, Lituânia, Polónia, República Checa, Áustria, Eslovénia, Eslováquia, Grécia...) que decidem colocar restrições, quer à entrada de voos com origem em Portugal, quer à entrada de portugueses nos seus países. A situação epidemiológica da capital é pesada e amplia-se em forma de notícias alarmantes no estrangeiro.

Em Portugal, o primeiro-ministro reitera que não haverá retaliações. Procura-se, assim, salvar o turismo.

Contudo, não se pense que o que se passa na Área Metropolitana de Lisboa é minimizado. A 22 de junho, o Governo anuncia um passo atrás no desconfinamento para toda essa região, nomeadamente em 15 freguesias que apresentam um contágio alarmante, adotando-se medidas particulares para estas zonas. Assim, a partir de 1 de julho, Portugal fica sob regimes diferenciados. A regra é o estado de alerta, mas a Área Metropolitana de Lisboa passa para uma situação de contingência (nível intermédio) e 19 freguesias desta área metropolitana (todas as freguesias de Amadora e Odivelas, seis freguesias de Sintra, duas freguesias de Loures e a freguesia de Santa Clara em Lisboa) mantêm o estado de calamidade (tabela 6).

Tabela 6 Continuidade do processo de desconfinamento. Situação de contingência passa a vigorar em toda a Área Metropolitana de Lisboa.

Estado	Região	Medidas
Alerta	Portugal Continental	<ul style="list-style-type: none"> • Confinamento obrigatório para doentes e pessoas em vigilância ativa; • Regras sobre distanciamento físico, uso de máscara, lotação, horários e higienização; • Ajuntamentos limitados a 20 pessoas; • Proibição de consumo de álcool na via pública.
Contingência	Área Metropolitana de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> • Encerramento de estabelecimentos comerciais às 20h, exceto: restauração para serviço de refeições e <i>take away</i>; super e hipermercados (até às 22h); abastecimento de combustíveis; clínicas, consultórios e veterinários; farmácias; funerárias; e equipamentos desportivos; • Proibição de venda de álcool nas estações de serviço; • Ajuntamentos limitados a 10 pessoas.
Calamidade	19 freguesias da Área Metropolitana de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> • Dever cívico de recolhimento domiciliário; • Proibidas feiras e mercados de levante; • Ajuntamentos limitados a 5 pessoas; • Reforço da vigilância dos confinamentos obrigatórios por equipas conjuntas da Proteção Civil, Segurança Social e Saúde Comunitária.

Vacilantes entre o que queríamos e podíamos realmente fazer, lá fomos entrando no verão. Nas primeiras semanas, o vírus tem uma transmissibilidade menor (o calor e as atividades maioritariamente ao ar livre terão tido aqui algum efeito) e o volume de migrantes a percorrer os pontos de fronteira fica aquém do que se esperava. O país ainda não regressa completamente à normalidade, mas aqui e ali multiplicam-se notícias de festas ilegais. A 20 de junho, ao participar no Conselho Nacional de Juventude, em Queluz, o Presidente da República apela aos jovens para que evitem festas e ajuntamentos, mas nessa noite há notícias de intervenções da polícia no jardim da Cordoaria no Porto e no centro histórico de Braga para dispersar grupos de jovens no espaço público. No dia seguinte, o Presidente da República e o primeiro-ministro asseguram que, se estes encontros não pararem, serão tomadas medidas mais duras e os participantes levados à justiça. Há a consciência de que o descontrolo do vírus poderá assomar a qualquer momento. A situação no nosso país vizinho, por exemplo, não augura nada de bom.

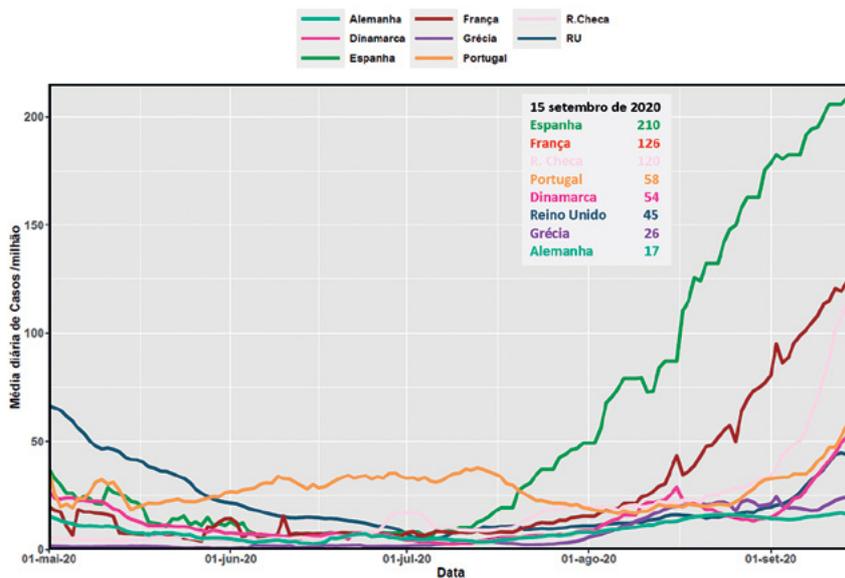


Figura 11 Evolução da média diária de casos por milhão de habitantes entre 1 de maio e 15 de setembro de 2020, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, República Checa, Grécia, Dinamarca e Portugal. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

A 24 de junho, o diretor-geral da OMS diz que a pandemia está a crescer a um ritmo alarmante, contando-se atingir os 10 milhões de casos na semana seguinte. Em vários países europeus, muitas cidades entram em confinamento devido a um súbito aumento de casos. Alguns países adotam medidas direcionadas para quem chega do exterior.

A 3 de julho, o Reino Unido anuncia a lista de países cujos viajantes estão dispensados de fazer quarentena quando chegam ao país. Portugal fica de fora desses corredores aéreos, uma decisão que se prolongará até 20 de agosto, e isso cai como uma bomba cá, sobretudo no Algarve, que, no verão, recebe milhares de turistas britânicos. Nos dias seguintes, outros países replicam o mesmo exemplo, com repercussões graves na nossa economia. É preciso não esquecer que o turismo em Portugal representava mais de 9% do PIB em níveis pré-pandémicos e quase a totalidade do rendimento em regiões como o Algarve. A partir daí, redobra-se o esforço para apresentar o nosso país nos *media* internacionais como “milagre português” no que ao combate da pandemia diz respeito.

Por esta altura, salientam-se, então, dois movimentos contraditórios: enquanto muitos atores económicos querem o fim de todas as restrições, as autoridades de saúde insistem em falar de contenção e de controlo de circulação das populações entre países. Internamente, também se pede às populações para procurarem locais com menor concentração de indivíduos e realizarem turismo em família e em zonas rurais. Mas isso é uma promoção difícil, os emigrantes começavam a chegar em grupos grandes, mesmo em autocarros fretados em diferentes pontos da Europa, e o controlo de todas as fronteiras terrestres 24/24 horas é virtualmente impossível.

Não tardam a surgir 100 casos num dia em agosto, na semana seguinte 200 e assim se entra em setembro com elevada incidência em zonas mais rurais e em contextos familiares. Os casamentos e os batizados, com profundas tradições familiares, mesmo com a recomendação de reduzir o número de convidados, não deixam de contribuir para a explosão de casos, encontrando-se na sua origem convidados recém-chegados de outras regiões do mundo. Não se pode dizer que a situação tivesse surpreendido. Os alertas nunca deixaram de ecoar.

A 11 de julho, o *Telejornal* da RTP abre assim: “Portugal pode enfrentar uma segunda vaga de COVID-19 no outono. O aviso é dos especialistas”; na SIC, a abertura do *Jornal da Noite* faz-se nestes termos: “Começamos este jornal pela preocupação dos especialistas portugueses de saúde com o possível aumento de casos de COVID-19 a partir de outubro”. Nesse dia, o jornal

Expresso conta que a subida significativa no número de infeções pode acontecer a seguir ao arranque das aulas, altura em que o vírus da gripe também é esperado. Passados quatro dias, a 15 de julho, o primeiro-ministro, na apresentação do programa Simplex 20-21, em Lisboa, avisa que os portugueses não suportarão um segundo confinamento severo, sendo por isso necessário preparar com muito cuidado o outono.

Os retratos epidemiológicos não permitem grande descanso (figuras 12 e 13). A 27 de agosto, o Governo decide abandonar a opção de aprovar medidas reativas em função da evolução da doença e adota uma estratégia preventiva para combater a propagação da pandemia, anunciando que, a partir de 15 de setembro, Portugal recuará para o estado de contingência, que, até essa data, se mantinha apenas na Área Metropolitana de Lisboa. Informado previamente dessa mudança política, o Presidente da República, horas depois do Conselho de Ministros, afirma que se trata de “agravar um pouco o regime de disciplina sanitária”.

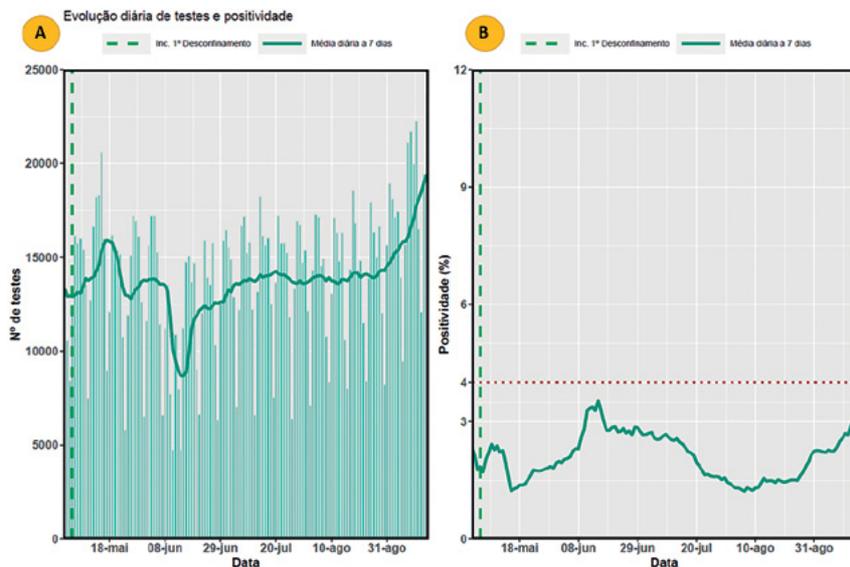


Figura 12 Evolução diária do número total de testes realizados (gráfico A) e positividade (gráfico B) em Portugal entre 1 de maio e 15 de setembro de 2020. "Positividade (%)" = .
Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

Entrando em setembro de 2020 com uma incidência elevada, o cenário de uma nova onda COVID, ainda pior do que a primeira, começa a tornar-se

realidade (figura 13). Mesmo ao nível dos internamentos hospitalares, é possível prever que a situação se agravará. Em 60 dias, a começar a 1 de setembro de 2020, as enfermarias COVID aumentam a sua ocupação mais de 9 vezes e as Unidades de Cuidados Intensivos mais de 20. Este aumento da pressão sobre os cuidados de saúde é um sinal para olhar atentamente para a circulação das populações, pois foi assim que países como Itália iniciaram a sua evolução dramática e muitos outros começam a sentir problemas - até a Grécia identifica vários surtos com origem em turistas, apesar das fortes medidas de controlo e da vantagem geográfica.

A 15 de setembro, o número de novos casos volta a crescer de forma exponencial, mas agora numa dimensão bem mais elevada à que assistimos na primeira onda (gráfico A da figura 14). Sob o estado de contingência, abre-se a 15 de setembro o ano letivo em todos os graus de ensino.

A 18 de setembro, o primeiro-ministro promove uma reunião do Gabinete de Crise para o acompanhamento da evolução da pandemia COVID-19. No fim, em declarações aos jornalistas, deixa um aviso: “a manter-se esta tendência, seguramente na próxima semana chegaremos a mil novos casos por dia”. Pede aos portugueses para não relaxarem, porque, argumenta, “as escolas não podem voltar a fechar, os idosos não podem deixar de ter visitas nos lares, seria inimaginável fazer no Natal o que tivemos de fazer na Páscoa...”. O Governo está preocupado com o aumento contínuo de casos diários de infeção. No dia anterior, em Conselho de Ministros, aprova-se o regime de desfasamento de horários de trabalho para controlar alguma mobilidade nos espaços públicos e, assim, minimizar os riscos de transmissão.

Em cerca de 20 dias, a 5 de outubro, é atingida uma média de 836 casos diários, um valor já superior ao pico alcançado na onda de março e ainda só estamos no começo. Os casos diários não param de bater recordes, e numa escala 10 vezes superior à anterior onda. A 14 de outubro, temos mais de 2000 num só dia; a 29 de outubro, 4000; a 4 de novembro, são notificados mais de 7000 novos casos (gráfico A figura 14). Em meados de setembro, o número de internados continua elevado, com 419 em enfermaria e 60 em UCI, tendo em consideração o tempo desde o final da primeira onda. Mal assistimos à tendência crescente de casos, o impacto nas hospitalizações é notório. Em duas semanas, o número de internados, tanto em enfermaria como em UCI, duplica.

Por volta de 15 de outubro, o ritmo de crescimento aumenta (gráficos C e D da figura 14) e temos quase 2,5 vezes mais internados passadas três semanas. Com este aumento de internamentos, pouco tempo depois deparamo-nos

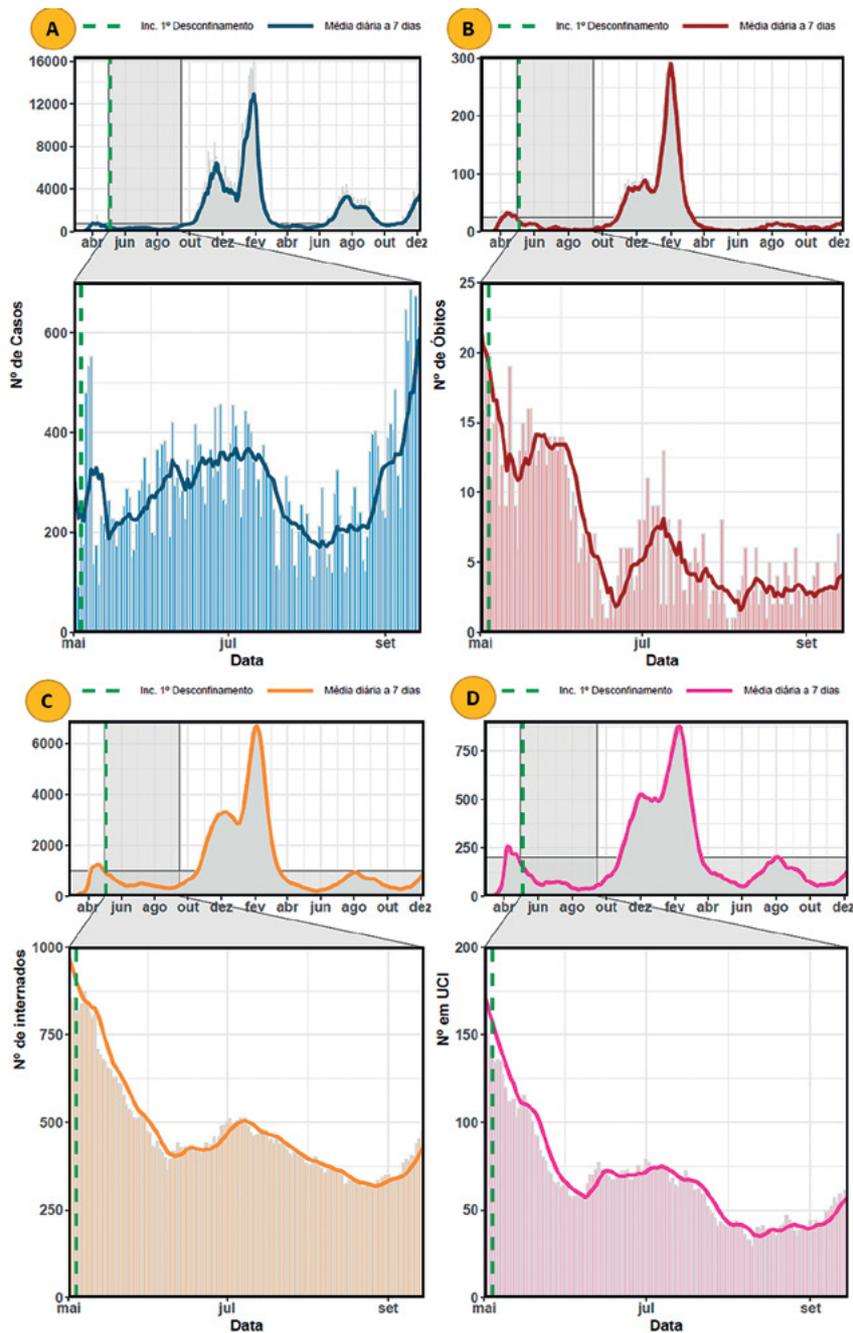


Figura 13 Evolução diária do número casos (gráfico A), mortes (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 1 de maio e 15 de setembro de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

com uma tendência crescente do número de óbitos. A 17 de setembro, voltamos a registar mortes diárias acima de uma dezena. Passado quase um mês, a 16 de outubro, são notificados 21 novos óbitos, valor mais alto desde 29 de abril. A 4 de novembro, é alcançado um novo recorde de mortes diárias, 59, e aqui é ultrapassada a barreira dos 2600 falecimentos causados por esta pandemia (gráfico B da figura 14).

O mês de outubro desenvolve-se assim com uma curva exponencial de casos na população e com um SNS sob pressão. Logo nos primeiros dias, noticia-se que os hospitais da Grande Lisboa estão à beira do limite por causa dos internamentos de COVID-19 e, devido ao aumento dessas dificuldades, a gestão das camas dos 13 hospitais e centros hospitalares de Lisboa e Vale do Tejo passa a ser centralizada. As Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios (ADR), entretanto, criadas, chegam a comunicar diversas notificações associadas a estudantes estrangeiros, que, perante a sua situação particular, vão para isolamento em comunidades estudantis com alta proximidade nas suas residências. Também a circulação de populações entre fronteiras origina um conjunto de novas estirpes com poucos bloqueios para a sua transmissão, havendo assim uma expansão epidémica descontrolada.

A 15 de outubro, precisamente quando o país ultrapassa os 2 mil novos casos diários de infeção por SARS-CoV-2, entra em vigor o estado de calamidade em todo o território nacional e, com ele, novas regras. Uma das mais relevantes é o uso da máscara na via pública. “Senti muito claramente que era preciso haver um abanão na sociedade”, reconhecerá no dia seguinte António Costa, numa entrevista ao jornal *Público*. A estratégia do Governo passa por prolongar as medidas de restrição até ao Natal, aliviar a respetiva intensidade nos dias de cerimónias religiosas e retomar as limitações a seguir.

A 9 de outubro, ao participar numa iniciativa da Liga de Amigos do Hospital de Braga, o Presidente da República alerta para a necessidade de se repensar o Natal em família. E, a 17 de outubro, o semanário *Expresso* coloca em manchete o seguinte: “Marcelo já discutiu com Costa regresso ao estado de emergência”. No dia anterior, o Presidente da República admitia, em declarações aos jornalistas, o regresso a medidas mais drásticas para controlar a pandemia. E elas iam chegando conforme o contexto e o calendário.

A 21 de outubro, a Direção-Geral da Saúde apresenta o “Plano da Saúde para o outono-inverno 2020-2021” (DGS, 2020), com um enfoque na prevenção, estando previsto um reforço de testes, medicamentos, dispositivos médicos e equipamentos de proteção. Para dar resposta aos doentes não COVID-19, prevê-se a criação de uma *task-force* que irá funcionar na dependência do

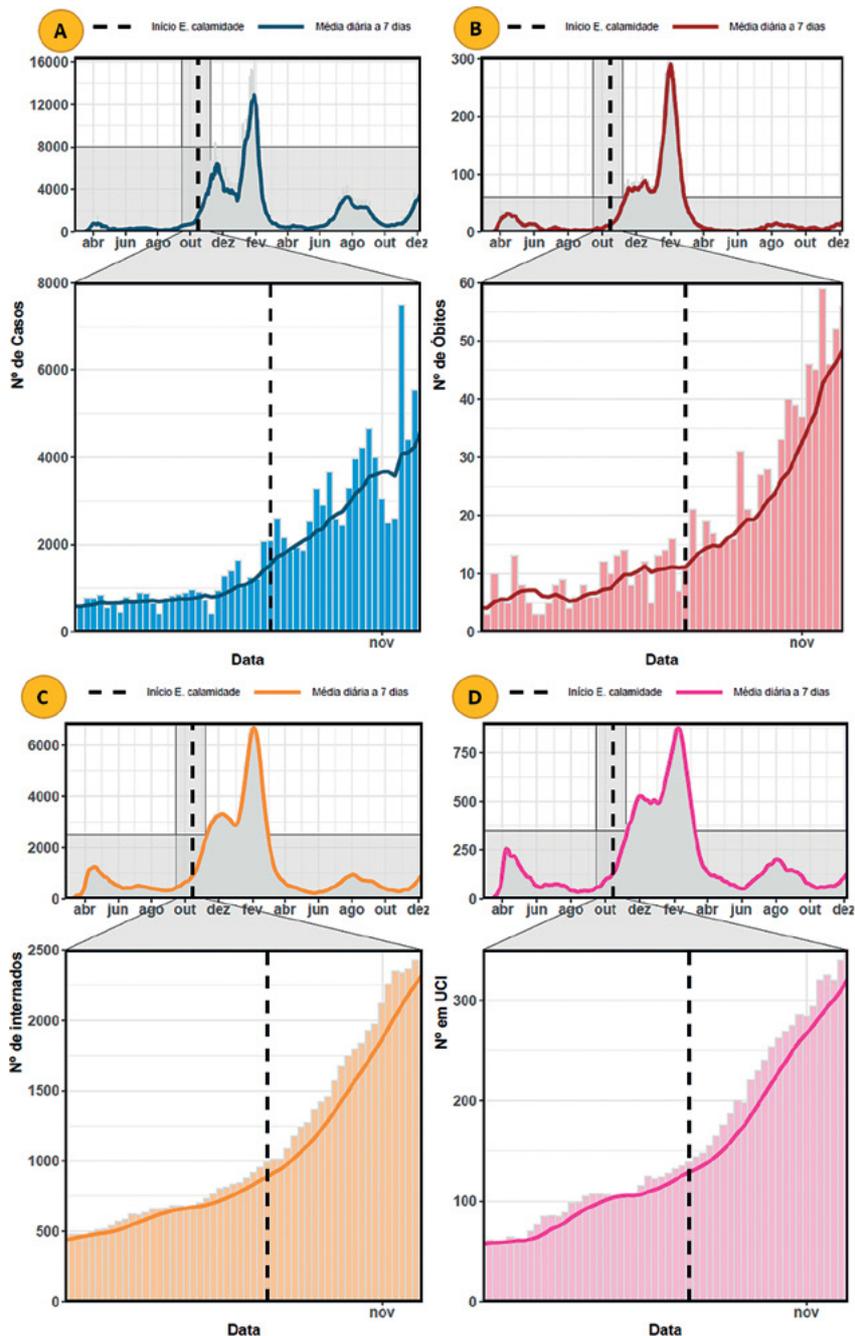


Figura 14 Evolução diária do número casos (gráfico A), mortes (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 15 de setembro a 7 de novembro de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

Ministério da Saúde e se baseia numa “resposta maximizada nos cuidados de saúde primários”, bem como em “respostas de proximidade”. Em relação à pandemia, o plano prevê um reforço da resposta em saúde pública, especialmente em situações de surtos, com a criação de ADR e a priorização da testagem como uma das principais ferramentas de combate à pandemia.

O país “pinta-se” de vermelho com o aumento rápido dos concelhos que atingem os mais altos valores de incidência (figura 15).

A 22 de outubro, o Governo anuncia novas restrições para o fim de semana dos finados. Assim, entre os dias 30 de outubro e 3 de novembro, proíbe-se a circulação entre concelhos para travar os ajuntamentos de famílias em tempo de Todos os Santos. Para os concelhos de Paços de Ferreira, Lousada e Felgueiras, onde o contágio tem crescido mais do que no resto do país, impõe-se a partir da meia-noite um novo confinamento. Na verdade, por esta altura, o Norte do país regista um aumento significativo de casos, com um número expressivo de doentes assintomáticos, sendo, portanto, difícil detetar a tempo os novos casos e assim evitar a respetiva propagação. Os hospitais da região começam a evidenciar dificuldades em atender todos os doentes. Dois dias depois, o primeiro-ministro admite agravar as medidas de restrição, embora continue a considerar ser ainda prematuro colocar o país em estado de emergência.

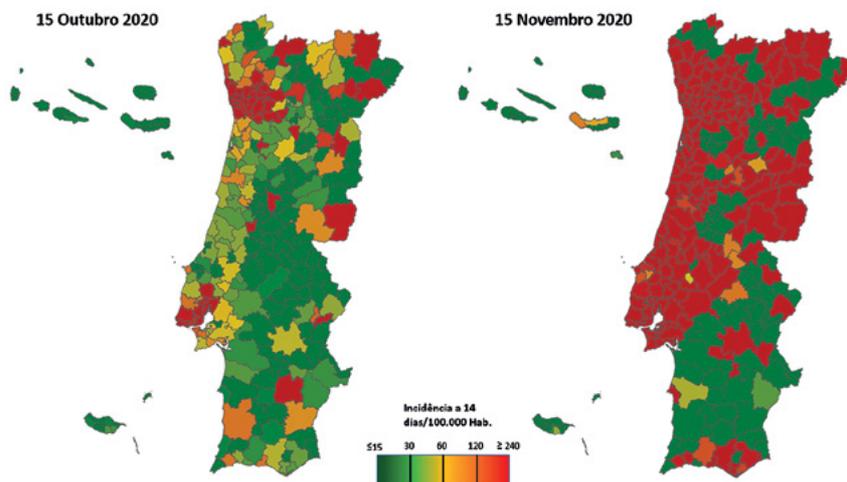


Figura 15 Incidência concelhia acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes nos dias 15 de outubro e 15 de novembro de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

A 31 de outubro, António Costa apresenta novas medidas de combate à pandemia. A partir do dia 4 de novembro, há dever cívico de recolhimento domiciliário em 121 concelhos de todo o país (exceto para ir trabalhar, ir à escola ou às compras), o comércio tem de fechar às 22 horas e não são permitidos grupos de mais de seis pessoas nos restaurantes. Os concelhos em causa são aqueles que, nesta altura, apresentam mais de 240 novos casos por cada 100 mil habitantes nos últimos 14 dias (figura 15). Haverá também um reforço do Serviço Nacional de Saúde, que passa pela criação de mais camas em Unidades de Cuidados Intensivos e pela contratação de mais profissionais de saúde. No dia seguinte, o *Público* tem esta manchete a preto: “Voltar para casa”. O *Jornal de Notícias* titula isto: “Mais de sete milhões de portugueses com o dever de ficar em casa”. Estamos ainda em estado de calamidade, mas não teremos de esperar muito para ver o país passar a estado de emergência.

A 2 de novembro, dia de luto nacional pelas vítimas da COVID-19, o primeiro-ministro vai ao Palácio de Belém, ao encontro do Presidente da República, para pedir um estado de emergência com natureza preventiva para eliminar dúvidas jurídicas, sobretudo aos seguintes níveis: na limitação da liberdade de circulação, no controlo da temperatura corporal em locais públicos e de trabalho, na requisição de meios da saúde nos setores privado e social e no reforço das equipas de rastreamento com funcionários que não estão impossibilitados de trabalhar, mas integram grupos de risco. No dia 6 de novembro, o Parlamento aprova a proposta e, à noite, o Presidente da República fala ao país, assegurando que Portugal “tem em novembro um teste essencial” e “as semanas que se seguem têm de ser de esforço coletivo, de contenção da subida inquietante dos números de internados” para “evitarmos todos um dezembro agravado e com isso restrições mais drásticas para todos nós”.

A 9 de novembro de 2020, o país passa assim a estado de emergência, fixado no decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020 (Presidência da República, 2020) e regulamentado pelo Governo através do Decreto n.º 8/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021). Até 29 de abril de 2021. Nunca tinha sido tão longo. E tão duro.

1.4. Entre a gravidade da doença e as promessas da vacinação

A terceira onda começou sem que a segunda tivesse terminado. Veio como esperado, mas nem por isso com menos força. O “milagre português” desaparece nas brumas e passámos a ser o país recordista mundial das infeções e das mortes por milhão de habitantes – inclusivamente na mortalidade geral, uma “cicatriz” com impacto a nível demográfico que se irá sentir por gerações (figura 16).



Figura 16 Evolução da mortalidade global em Portugal desde o início de 2020 até 13 de janeiro de 2022. A “linha de base” (verde) é uma média da mortalidade baseada em anos passados. DGS, SICO. (2022). *Mortalidade observada e linha de base*. https://evm.min-saude.pt/#shiny-tab-em_total

Não há recursos para responder aos pedidos de testagem, para identificar cadeias de transmissão e implementar medidas de saúde pública. Ao mesmo tempo que o país vai assistindo a uma trágica subida do número de infetados, de internados e de mortos, somos colocados perante notícias que trazem o surgimento das vacinas bem perto de nós. A promessa de uma melhor arma de combate à pandemia surge quando a situação pandémica não poderia ser mais grave.

No dia em que o país entra novamente em estado de emergência, a 9 de novembro de 2020, o *Jornal da Noite*, da SIC, conduzido pelo jornalista Rodrigo Guedes de Carvalho, abre assim:

“Depois de meses e meses de inícios angustiantes do *Jornal da Noite*, permitam-me confessar a alegria que sinto. Hoje posso dizer que há uma luz ao fundo do túnel. Desta vez, é mais do que uma simples esperança. É uma realidade que aponta para uma solução. A norte-americana Pfizer e a alemã BioNTech anunciam que a vacina anti-COVID que estão a desenvolver tem uma eficácia de 90%. Deverá ser produzida aos milhões de doses ainda este ano.”

O alinhamento segue com surtos em várias regiões, com o agravamento do número de infeções, com a crescente pressão sobre os hospitais.

Portugal regista nessa data mais 4096 casos de COVID-19 e 63 óbitos. É o dia com mais mortes desde o início da pandemia! O país vive o seu quarto estado de emergência. A partir de agora, os portugueses passam novamente a estar sujeitos a um conjunto de constrangimentos, regulamentados através do Decreto governamental n.º 8/2020, de 8 de novembro, que fixa, entre outras coisas, o seguinte:

- proibição de circulação na via pública: entre as 23h e as 05h, bem como aos sábados e aos domingos entre as 13h e as 05h (artigo 3.º);
- controlo da temperatura corporal: no acesso ao local de trabalho, a serviços ou instituições públicas, a estabelecimentos educativos, de ensino e de formação profissional, a espaços comerciais, culturais ou desportivos, a meios de transporte, a estabelecimentos de saúde, a estabelecimentos prisionais ou a centros educativos, bem como em estruturas residenciais (artigo 4.º).

Perante as medidas de restrição, aqui e ali vão surgindo algumas manifestações que apelam para uma maior liberdade individual. São iniciativas com pouca expressão quando comparadas com outras semelhantes que decorrem no estrangeiro, onde os movimentos negacionistas ganham uma expressão nunca alcançada em Portugal. A partir de 15 de novembro, as notícias de hospitais à beira da rutura multiplicam-se, sobretudo a norte, como esta no *Jornal de Notícias*:

“Vários hospitais do norte esgotaram a capacidade de resposta a doentes que precisam de ECMO, um dispositivo de circulação extracorporal essencial ao tratamento de doentes críticos, e começaram a transferir utentes para os hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo.”

Aí, cria-se uma resposta complementar aos serviços de Saúde Pública com o envolvimento das autarquias e dos serviços militares.

Na ARS Norte, coloca-se uma equipa de saúde pública a treinar outros profissionais na elaboração de inquéritos epidemiológicos. Todos são necessários num contexto de colossal sobrecarga dos serviços de saúde sem um plano de contingência preparado para enfrentar a dimensão desta terceira onda. Abrem-se hospitais de campanha para retirar dos hospitais doentes que não precisam de cuidados agudos, estabelecem-se parcerias com os serviços privados e sociais.

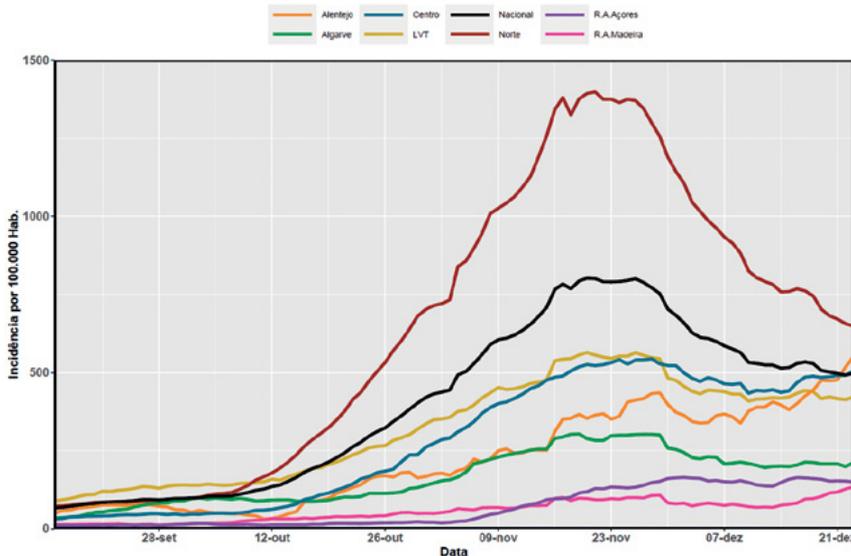


Figura 17 Evolução da incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes nas diferentes regiões de Portugal, de setembro a dezembro de 2020. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

Esta resposta com o apoio de outros setores tem assimetrias regionais, pois enquanto algumas regiões capitalizam um trabalho de décadas com o setor social e convencionado, outras têm de criar novos protocolos e procurar apoios de forma urgente. Os profissionais de saúde não param.

A 4 de outubro, a incidência na região Norte começa a apresentar um ritmo de crescimento superior ao das restantes regiões. Passado mês e meio, esta região atinge uma incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes de 1380, quase o dobro da incidência nacional e mais do dobro da incidência da segunda região mais afetada (figura 17). Os números de infeções, internamentos e mortes continuam a subir. A pressão sobre os hospitais generaliza-se.

A 20 de novembro, o Parlamento autoriza a renovação do estado de emergência, desta vez apenas com os votos a favor do PS e PSD e ainda da deputada não inscrita Cristina Rodrigues. A unanimidade de outrora à volta da necessidade deste regime de exceção desaparece. O quinto estado de emergência é renovado pelo Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020 (Presidência da República, 2020) e regulamentado pelo Governo pelo Decreto n.º 9/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020),

de 21 de novembro. Começa a 24 de novembro e prolonga-se até 8 de dezembro.

Seguindo o decreto governamental, as regras são claras:

- a máscara ou viseira passa a ser obrigatória nos locais de trabalho, “sempre que o distanciamento físico recomendado se mostre impraticável” (artigo 4.º);
- a medição de temperatura corporal por meios não invasivos (artigo 5.º);
- a circulação entre concelhos está proibida entre as 23h de 27 de novembro e as 5h do dia 2 de dezembro e entre as 23h do dia 4 de dezembro de 2020 e as 23:59h do dia 8 de dezembro de 2020, salvo por motivos de saúde ou por outros motivos de urgência imperiosa (artigo 11.º);
- os bares e discotecas permanecem encerrados (artigo 17.º);
- as escolas permanecem encerradas nos dias 30 de novembro e 7 de dezembro (artigo 22.º).

Há medidas específicas para regiões com maior número de infetados. Nos concelhos com mais de 480 casos por 100 mil habitantes, proíbe-se a circulação na via pública e impõe-se o encerramento de estabelecimentos comerciais entre as 13 e as 5 horas nos fins de semana e feriados (1 e 8 de dezembro). Nos concelhos com mais de 240 casos por 100 mil habitantes, há recolher obrigatório das 23 às 5 horas, fiscalização do cumprimento do teletrabalho obrigatório e fixa-se o fecho do comércio para as 22 horas.

Precisamente um mês antes do Natal, a OMS declara ser mais seguro não realizar reuniões familiares nesta quadra de forma a impedir o aumento de contágios.

Em Portugal, a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, confessa esperar que seja possível “abrandar as restrições”, sem relaxar os cuidados. O primeiro-ministro fala na possibilidade de juntar famílias em momentos diferentes.

Por esta altura, paralelamente a uma noticiabilidade que reflete o agravamento da pandemia, fala-se bastante do surgimento das vacinas, anunciando-se a formação de um grupo para preparar um plano para um processo que se prevê para breve. Assim enquadrado, quase se imagina ser possível que as vacinas surjam em breve para todos. A 30 de novembro, o *Jornal das 8*, da TVI, abre assim:

“As vacinas contra a COVID-19 em Portugal estão prometidas pelo Governo ainda para esta semana. O país vai ter mais de 22 milhões de doses, o que será suficiente no próximo ano para toda a população. Nos próximos dias, saber-se-á quais os grupos prioritários, os que vão receber primeiro a vacina.”

A 3 de dezembro, o primeiro-ministro anuncia o plano de vacinação: universal, facultativo, gratuito, com distribuição a toda a população de acordo com critérios de prioridades. “Surge uma luz ao fundo do túnel, mas o túnel é muito comprido e penoso”, avisa António Costa. Até porque os 22 milhões de vacinas que irão ser adquiridas entrarão no país de forma faseada. E com regras de administração. Os primeiros a serem vacinados serão os profissionais da saúde. No entanto, a mensagem que os *media* noticiosos destacam é a chegada de vacinas. E essa percepção de proximidade acentua-se quando se percebe que alguns países vão iniciando o processo: Rússia, Reino Unido... mesmo que adotando tipos diferentes de vacina.

Passados dois dias, a 5 de dezembro, o primeiro-ministro chama novamente os jornalistas para anunciar medidas provisórias para o período das festas e de final de ano, antecipando-se que, ao que tudo indica, será possível circular entre concelhos durante a véspera e o dia de Natal (mas não no Ano Novo), os restaurantes poderão servir refeições nesse período e não se definirá o número de pessoas à mesa nos convívios familiares.

Entretanto, a 9 de dezembro, entrará em vigor a renovação do sexto estado de emergência, pelo Decreto do Presidente da República n.º 61-A/2020 (Presidência da República, 2020) e regulamentado pelo Governo através do Decreto n.º 11/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020), de 6 de dezembro. Este regime prolongar-se-á até 23 de dezembro, continuando o país dividido em 4 níveis de risco (extremamente elevado, muito elevado, elevado, moderado) e 3 de restrição (leves, moderadas e severas), havendo regras específicas para cada um deles.

A 18 de dezembro, torna-se público que António Costa está em isolamento e ficará assim durante 14 dias, devido a um contacto de risco: um almoço com o presidente francês Emmanuel Macron, que depois viria a descobrir estar infetado com SARS-CoV-2.

Por essa altura, a diretora-geral da Saúde também está infetada e em isolamento. Na sua substituição, o subdiretor-geral da Saúde Rui Portugal apresenta, em conferência de imprensa, 10 recomendações para o Natal. No entanto, o que sobressaiu foram algumas sugestões singulares para troca

de presentes. E lá se perdeu a eficácia de uma mensagem que era urgente passar nesta altura: máxima prudência para um contexto de risco extremo.

Nos *media*, vários jornalistas iam sublinhando o risco de celebrações natalícias, sem restrições. No *Jornal 2*, da RTP 2, de 17 de dezembro de 2020, o jornalista Hugo Gilberto abre o noticiário assim: “Natal para celebrar, mas com cuidado e pouca gente à mesa”.

Na véspera e no dia de Consoada, as televisões falam de uma corrida aos testes rápidos para que os convívios familiares decorram de forma tradicional. “Mais de 23 mil pessoas fizeram testes à COVID-19 só no dia de ontem”, titulava em manchete o *Público*, a 24 de dezembro.

No dia anterior, Presidente da República e primeiro-ministro pedem o máximo cuidado aos portugueses. “O que se fizer vai determinar as semanas seguintes”, avisa Marcelo Rebelo de Sousa, em Belém, no tradicional encontro com o Governo para a troca de votos de boas-festas.

Nesta altura, o estado de emergência é novamente renovado, pelo Decreto do Presidente da República n.º 66-A/2020 (Presidência da República, 2020) e sendo regulamentado pelo Decreto n.º 11-A/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020), de 21 de dezembro. Este sétimo estado de emergência vigora de 24 de dezembro até 7 de janeiro, impondo, por exemplo, o seguinte:

- no dia 31 de dezembro de 2020, a partir das 23 e até às 5 horas de dia 1 de janeiro de 2021, é aplicável em todo o território nacional continental a proibição de circulação em espaços e vias públicas, ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas;
- nos dias 1 a 3 de janeiro de 2021, até às 5 horas do dia seguinte, é aplicável em todo o território nacional continental a proibição de circulação em espaços e vias públicas, ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas.

Passada a noite de Natal, a notícia que mais se destaca é a do começo da vacinação em Portugal. Os alinhamentos dos *media* portugueses enchem-se com peças sobre a boa-nova que está prestes a tornar-se realidade.

Esse início há de acontecer a 27 de dezembro, a Norte. O primeiro inoculado foi o diretor do Serviço de Infeciologia do Hospital de São João, António Sarmiento. Eram 10:07 da manhã. O ato foi presenciado por entidades oficiais e ampliado em direto pelas televisões para todo o país. A vacinação

irá continuar noutros tempos e noutras regiões do país. Nesta fase, apenas com profissionais da saúde.

Entretanto, nesse mesmo dia, anuncia-se que está em circulação em Portugal uma nova variante do coronavírus, que ficará conhecida como britânica, por ter sido descoberta no sul de Inglaterra, e que se pensa ser até 70% mais contagiosa.

As restrições implementadas pelo estado de emergência iniciado a 9 de novembro começam a surtir efeito no número de casos a partir de 19 de novembro, altura em que a média de casos diária era superior a 6000. Aí, inicia-se uma trajetória descendente até à época natalícia, com metade dos casos diários (gráfico A da figura 18). Parecia que tínhamos acabado de sair de uma onda. No entanto, o efeito destas restrições nos indicadores de gravidade não é verdadeiramente sentido (gráfico B, C e D da figura 18).

Com o Natal e posteriormente o Ano Novo, regista-se um valor referência de 3000 casos diários, 3000 internados, 2500 em enfermaria, 500 em UCI e 75 mortes em média por dia (figura 18). Estavam combinados todos os fatores que formam um verdadeiro *cocktail* explosivo. A 29 de dezembro ($R_t = 1.2$), o número de casos dispara e, em média, quase triplica passadas duas semanas.

Entramos numa nova onda, sem sairmos da última. Esta onda é impulsionada pelo surgimento de uma nova variante em Portugal, designada por variante *Alpha*, também conhecida como variante britânica. Com origem no Reino Unido, esta variante apresenta uma transmissibilidade 43% a 90% superior à versão original do SARS-CoV-2 (Davies et al., 2021; Fort, 2021).

O número de novas infeções não para de bater recordes, chegando aos cinco dígitos. A 28 de janeiro de 2021, é atingida uma média de 12 890 casos diários, o máximo atingido nesta onda (gráfico A, figura 18). O impacto nos internamentos e óbitos não tarda a aparecer. A 2 de janeiro, o número de hospitalizações, que já é elevado, começa a aumentar com um ritmo bastante acelerado, duplicando num período de três semanas. A 1 e 5 de fevereiro, atinge-se o pico de hospitalizações, com 6004 internados em enfermaria e 904 em UCI respetivamente (gráfico C e D da figura 18).

Nesse momento, temos mais do triplo do limite de 255 camas definido pelas linhas vermelhas para as UCI. Na altura do Ano Novo, a média de óbitos diária é 71. Com o ritmo de crescimento alucinante nos internamentos e os hospitais a “rebentar pelas costuras”, um aumento descontrolado de mortes era inevitável. Em duas semanas, a média diária de óbitos duplica. Passado

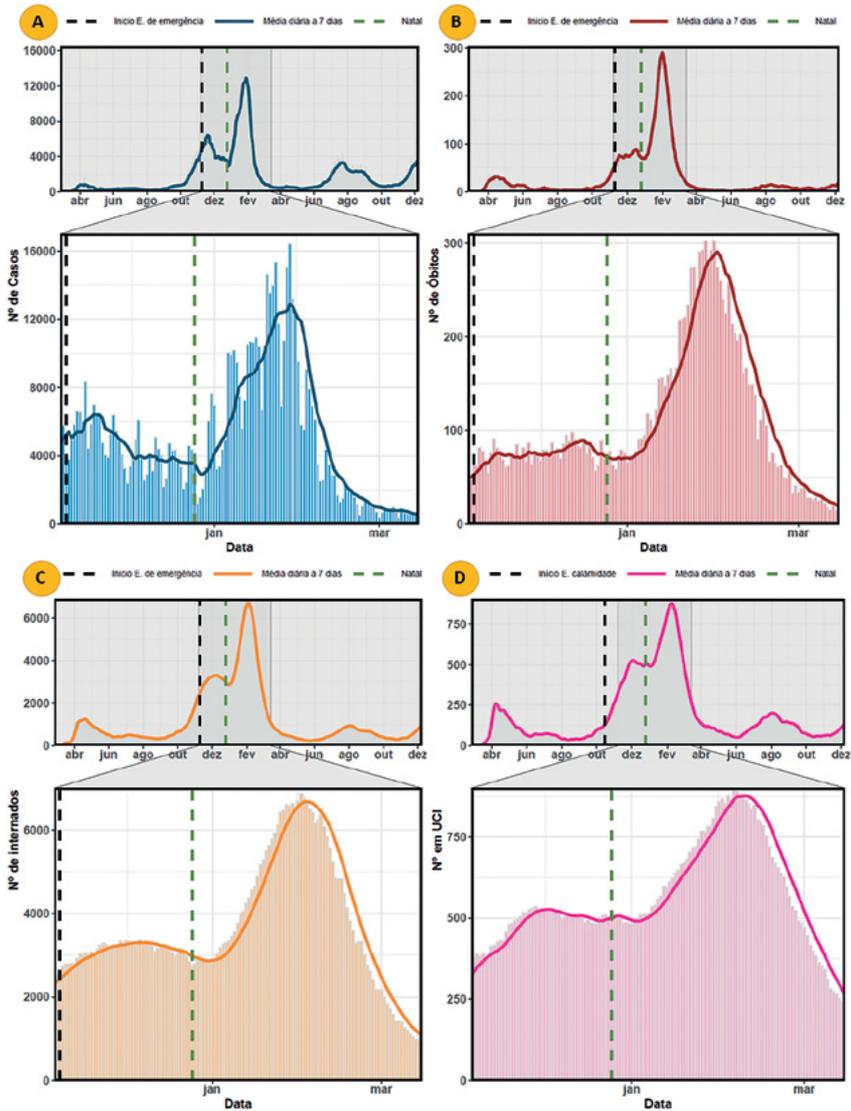


Figura 18 Evolução diária do número casos (gráfico A), mortes (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 7 de novembro de 2020 a 15 de março de 2021. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

um mês, a 1 de fevereiro, é quatro vezes maior, falecendo em média 291 pessoas por dia (gráfico B da figura 18).

Nesta onda, os recordes na mortalidade pela COVID-19 em Portugal não são apenas nacionais, mas internacionais. A 1 de fevereiro de 2021, Portugal é o país do mundo com a maior taxa de mortalidade acumulada a 14 dias por milhão de habitantes (Our World in Data, 2021). A 12 de fevereiro, em Portugal, é quebrada a barreira das 15 mil fatalidades causadas por esta pandemia.

A situação epidemiológica começa, felizmente, a melhorar com o decréscimo acentuado do número de casos no fim de janeiro e, dias mais tarde, esse efeito é sentido nos internamentos e mortes. Em duas semanas, o número médio de infeções diárias é três vezes menor e o número de óbitos diários passa a metade (figura 18).

A 15 de março, o número de novas infeções é equivalente ao número de meados de setembro e as hospitalizações e mortes são as mais baixas desde meados de outubro. No entanto, para trás ficam semanas muito, muito pesadas. Deixemos por aqui uma análise mais estatística, para olhar de forma mais impressiva para aquilo que se passou no nosso país por essa altura.

Portugal inicia em 2021 entre notícias de uma vacinação administrada entre os profissionais da saúde e a progressão de uma perigosa variante que rapidamente vai fazendo crescer o número de infetados em vários países, inclusive no nosso. Apesar de a 4 de janeiro se dar início à vacinação nos lares, as mortes dos mais velhos vão aumentando. Nesse mesmo dia, o *Jornal das 8*, da TVI, abre assim:

“No Hospital de Évora, há uma situação que revela a gravidade da situação atual. Foi necessário colocar um contentor junto à morgue, para dar resposta ao elevado número de óbitos. Este hospital é provavelmente o exemplo mais dramático da situação de rutura.”

A pressão nos hospitais aumentará nos dias seguintes. E os surtos nos lares de idosos também.

A 5 de janeiro, o Presidente da República propõe, através do Decreto n.º 6-A/2021 (Presidência da República, 2021), a renovação do estado de emergência de 8 a 15 de janeiro. Será o oitavo, desta vez por uma semana e não duas. O Governo regulamenta as normas através do Decreto n.º 2-A/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021).

A situação dá sinais de gravidade absoluta. A 5 de janeiro, os Hospitais de Coimbra dizem que esgotaram a capacidade para doentes COVID e o Hospital Pulido Valente anuncia ter um surto da doença no seu interior. Nos dias seguintes, os hospitais da região da Grande Lisboa recebem ordens para suspender a atividade programada não urgente, os hospitais da Guarda e de Viseu asseguram que estão a entrar em rutura.

A 8 de janeiro, dia em que Portugal regista 118 mortos e 10 176 novos casos, o *Telejornal* abre com a informação de que “os hospitais de Lisboa estão a transferir doentes para regiões onde a pressão não é tão grande”. O *pivot* José Rodrigues dos Santos assegura que “a capacidade de internamento na Grande Lisboa está à beira da rutura e as urgências estão cheias de doentes agudos, que esperam 6 a 8 horas para serem atendidos”.

Volta a falar-se de um confinamento severo do país, que há de chegar dali a poucos dias. As notícias da transferência de doentes para outros hospitais por incapacidade de resposta das unidades onde estavam internados e as imagens de dezenas de ambulâncias em fila à porta do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, às 7h30 da manhã, constituem o último degrau de uma descida aos infernos. Estamos a chegar ao fim da linha. O confinamento é inevitável.

A 15 de janeiro de 2021, o país volta a fechar e no dia seguinte começa o nono estado de emergência, que se prolonga até 30 de janeiro. Esta renovação é autorizada pelo Decreto do Presidente da República n.º 6-B/2021 (Presidência da República, 2021), e regulamentada pelo Decreto n.º 3-C/2021, de 14 de janeiro, alterado pelos decretos n.º 3-B/2021, de 19 de janeiro, e 3-C/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021), de 22 de janeiro.

O primeiro-ministro justifica o regresso do dever de recolhimento domiciliário para travar a pandemia e assim salvar vidas. Ao anunciar a 13 de janeiro a decisão de voltar onde estávamos em abril de 2020, António Costa diz que Portugal atingiu um ponto em que não é possível hesitar no que há a fazer. Fala também da anestesia de alguns portugueses face aos “terríveis números” da pandemia, nada comparável à registada no confinamento severo anterior, quando o país se uniu numa frente coesa de combate ao vírus. Agora essa vontade em respeitar regras individuais está mais fragilizada. O apelo à mobilização de todos estava feito.

Tabela 7 Primeiro conjunto de medidas adicionais ao estado de emergência anunciadas a 18 de janeiro e implementadas a 20 de janeiro com vista a procurar inverter o crescimento acelerado da pandemia.

Medidas restritivas adicionais

- Proibição de circulação entre concelhos aos fins de semana;
- Os estabelecimentos de bens e serviços abertos ao público encerram às 20 horas nos dias úteis e às 13 horas aos fins de semana e feriados. O retalho alimentar poderá funcionar aos fins de semana até às 17 horas;
- Nos estabelecimentos de restauração e similares, fica proibida a venda de qualquer tipo de bebidas à porta ou ao postigo, sendo igualmente proibido o consumo de refeições ou produtos à porta do estabelecimento ou na via pública;
- Encerramento de todos os espaços de restauração e similares situados em conjuntos comerciais, mesmo para *take away*;
- Proibida a venda ou entrega à porta do estabelecimento ou ao postigo (*click and collect* ou *take away*) em qualquer estabelecimento do ramo não alimentar;
- Proibidas as campanhas de saldos, promoções ou liquidações que promovam deslocações e concentração de pessoas;
- Proibida a permanência em espaços públicos de lazer, como parques ou jardins, sendo apenas autorizada a sua frequência para passeios de curta duração;
- Encerramento das universidades sénior e dos centros de dia ou de convívio para idosos;
- Reforço da obrigatoriedade do teletrabalho. Determina-se que:
 - Todos os trabalhadores que tenham de se deslocar para prestar trabalho presencial carecem de uma credencial emitida pela entidade patronal;
 - Todas as empresas do setor de serviços com mais de 250 trabalhadores ficam obrigadas a enviar, no prazo de 48 horas, para a Autoridade para as Condições do Trabalho, a lista nominal dos trabalhadores cujo trabalho presencial seja considerado indispensável.

Tabela 8 Segundo conjunto de medidas adicionais ao estado de emergência anunciadas a 21 de janeiro e implementadas a 22 de janeiro com vista a procurar inverter o crescimento acelerado da pandemia.

Medidas restritivas adicionais

- Suspensão das atividades letivas e não letivas e de apoio social, pelo período de 15 dias, compreendendo:
 - As atividades letivas e não letivas e formativas em estabelecimentos de ensino públicos, particulares e cooperativos e do setor social e solidário de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário;
 - As atividades de apoio à primeira infância de creches, creche familiar e amas, as atividades de apoio social desenvolvidas em Centros de Atividades Ocupacionais, Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Atividades de Tempos Livres e universidades sénior.
- Adoção das medidas necessárias para a prestação de apoios alimentares a alunos beneficiários do escalão A e B da Ação Social Escolar;
- Identificação, em cada agrupamento de escolas, de um estabelecimento de ensino e em cada concelho de creche, creche familiar ou ama que promova o acolhimento dos filhos ou outros dependentes a cargo dos trabalhadores de serviços essenciais, cuja mobilização para o serviço ou prontidão obste a que prestem assistência aos mesmos;
- Encerramento de todas as atividades de tempos livres, todos os estabelecimentos de dança e de música, bem como as atividades desportivas escolares;
- Suspensão das atividades de formação profissional desenvolvidas em regime presencial realizadas por entidades formadoras de natureza pública, privada, cooperativa ou social, podendo ser excecionalmente substituídas por formação no regime a distância, sempre que estiverem reunidas condições;
- Encerramento das Lojas de Cidadão, mantendo-se o atendimento presencial mediante marcação, na rede de balcões dos diferentes serviços, bem como a prestação desses serviços através dos meios digitais e dos centros de contacto com os cidadãos e as empresas.

Atravessando um período de assinalável severidade da doença, Portugal defronta-se com uma atípica campanha eleitoral para as presidenciais. Em tempo de estado de emergência e com o país confinado, não há grande margem para proximidade com os eleitores.

A 19 de janeiro, na Assembleia da República, o primeiro-ministro admite fechar as escolas e anuncia um reforço da testagem nos estabelecimentos de ensino. Ouve das bancadas da oposição críticas à ação governativa. A isso responde que teria tomado outras medidas pelo Natal, se tivesse previsto o que estava para acontecer. Uma lição para todos: este vírus tem uma progressão difícil de prever e a precaução é uma estratégia para o futuro. Nesse dia, registam-se 218 mortes. As medidas de fecho da sociedade vão apertando.

A 21 de janeiro, decide-se que nas duas semanas seguintes os tribunais só tratarão de processos considerados urgentes, tudo o resto ficará suspenso à semelhança do que aconteceu no primeiro confinamento.

A partir de 22 de janeiro, encerram-se todos os estabelecimentos de ensino: do pré-escolar às universidades. Esta medida surge no seguimento de uma reunião extraordinária da ministra da Saúde e da ministra de Estado e da Presidência com os peritos habitualmente auscultados nas reuniões do Infarmed, ocorrida dois dias antes. O dado novo que fundamenta a decisão é a confirmação de uma prevalência já substancial da variante *Alpha* (na altura, estimava-se que 13,3% das infeções na semana terminada a 17 de janeiro fossem por esta variante). Neste contexto, é também aprovado o Decreto-Lei n.º 10-A/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020), que cria um regime excecional e temporário de faltas justificadas motivadas por assistência à família, decorrentes da suspensão das atividades letivas e não letivas, no âmbito da pandemia da doença COVID-19.

Nos *media*, multiplicam-se notícias de morgues lotadas e cada dia é anunciado como o mais negro na história da pandemia.

A 27 de janeiro, mais uma notícia preocupante: regista-se uma falha na distribuição de oxigénio no Hospital Amadora-Sintra que obriga a transferir 82 doentes. Eis aqui mais um reflexo de um sistema hospitalar em rutura que, nesta altura, se manifesta com réplicas em todo o país.

A 28 de janeiro, o *Telejornal* noticia que dois médicos alemães estiveram nos hospitais Amadora-Sintra, das Forças Armadas e Santa Maria para avaliar um possível apoio em termos logísticos. Esse apoio chegará a 3 de

fevereiro, dia em que oito médicos e 18 enfermeiros alemães desembarcam em Portugal para reforçarem os Cuidados Intensivos do Hospital da Luz, em Lisboa, durante três semanas. Novamente uma situação com assimetrias regionais.

A 28 de janeiro, o Parlamento aprova mais um estado de emergência, o décimo, autorizando o Presidente da República a renovar a declaração do estado de emergência através do Decreto n.º 9-A/2021, regulamentado pelo Governo através do Decreto n.º 3-D/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021), de 29 de janeiro. Este estado de emergência há de vigorar de 31 de janeiro a 14 de fevereiro. Repõe-se o controlo de fronteiras, limitam-se as saídas do país por via terrestre, aérea e marítima e só são permitidos voos por motivos essenciais. O país continua em confinamento geral, com as escolas fechadas, restabelecendo-se, a partir de 8 de fevereiro, novamente, o ensino a distância nos termos do disposto na resolução do Conselho de Ministros n.º 53-D/2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2020), de 20 de julho.

A situação é de enorme gravidade. Paralelamente às imagens de filas de ambulâncias à porta de vários hospitais e da linha ascendente de infeções, internamentos e de mortes, noticia-se a transferência de doentes para outros hospitais. A 29 de janeiro, sabe-se que o Hospital do Funchal irá receber três doentes críticos, internados em Cuidados Intensivos, dois no Hospital Beatriz Ângelo e um no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Acentua-se o ambiente de inquietação.

Enfrentando uma onda pandémica com uma inesperada dimensão, o país não encontra logo na vacinação a chave miraculosa que alguns pensaram que estava descoberta. O processo desenvolve-se de forma lenta durante o mês de janeiro, com várias questões sobre organização e logística, e aqui e ali envolto em polémicas devido a inoculações indevidas.

A 3 de fevereiro de 2021, o vice-almirante Gouveia e Melo assume a liderança da *task-force*, substituindo Francisco Ramos, numa altura em que o país tinha poucas vacinas e 0,2% da população vacinada. A partir daí, assistimos a uma enorme capacidade organizativa, que permite alargar e uniformizar os centros de vacinação em colaboração com as autarquias e as administrações regionais de saúde.

Por outro lado, há uma determinação em penalizar qualquer desvio às orientações fixadas, algo importante para a credibilização do plano de vacinação. Houve algumas falhas organizativas para ultrapassar e alguma polémica

à volta dos efeitos adversos da vacina AstraZeneca para resolver, mas o grande desafio centra-se no agendamento de milhões de pessoas. Primeiro feito por contacto telefónico, depois por SMS, depois por autoagendamento e inclui-se a modalidade de “casa aberta”. À medida que vai sendo chamada, a população vai aderindo em peso.

Entretanto, o confinamento severo vai travando a transmissão do vírus. O país há de passar por sucessivos estados de emergência: de 15 de fevereiro a 1 de março (décimo primeiro, por Decreto do Presidente da República n.º 63-A/2021 (Presidência da República, 2021) e regulamentado através do Decreto n.º 3-E/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021)); de 2 a 16 de março (décimo segundo, por Decreto do Presidente da República n.º 21-A/2021 (Presidência da República, 2021) e regulamentado através do Decreto n.º 3-F/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021)); de 17 a 31 de março (décimo terceiro, por Decreto do Presidente da República n.º 25-A/2021 (Presidência da República, 2021) e regulamentado através do Decreto n.º 4/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021)); de 1 a 15 de abril (décimo quarto, por Decreto do Presidente da República n.º 31-A/2021 (Presidência da República, 2021) e regulamentado através do Decreto n.º 5/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021)) e, finalmente, de 16 a 30 de abril (décimo quinto, por Decreto do Presidente da República n.º 41-A/2021 (Presidência da República, 2021) e regulamentado através do Decreto n.º 6-A/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021)). Todavia, nestes últimos, a situação já é de um progressivo regresso a uma certa normalidade.

Foi longo o caminho que percorremos ao longo deste primeiro ano de pandemia. A figura 19 sintetiza algumas medidas de controlo não farmacológico através das quais se procurou travar a disseminação do vírus.

Em algumas alturas, fomos mais bem-sucedidos do que noutras. Aqui chegados, estamos prontos para desconfinar. Agora haverá que definir um modo eficaz para fazer sair o país de casa...

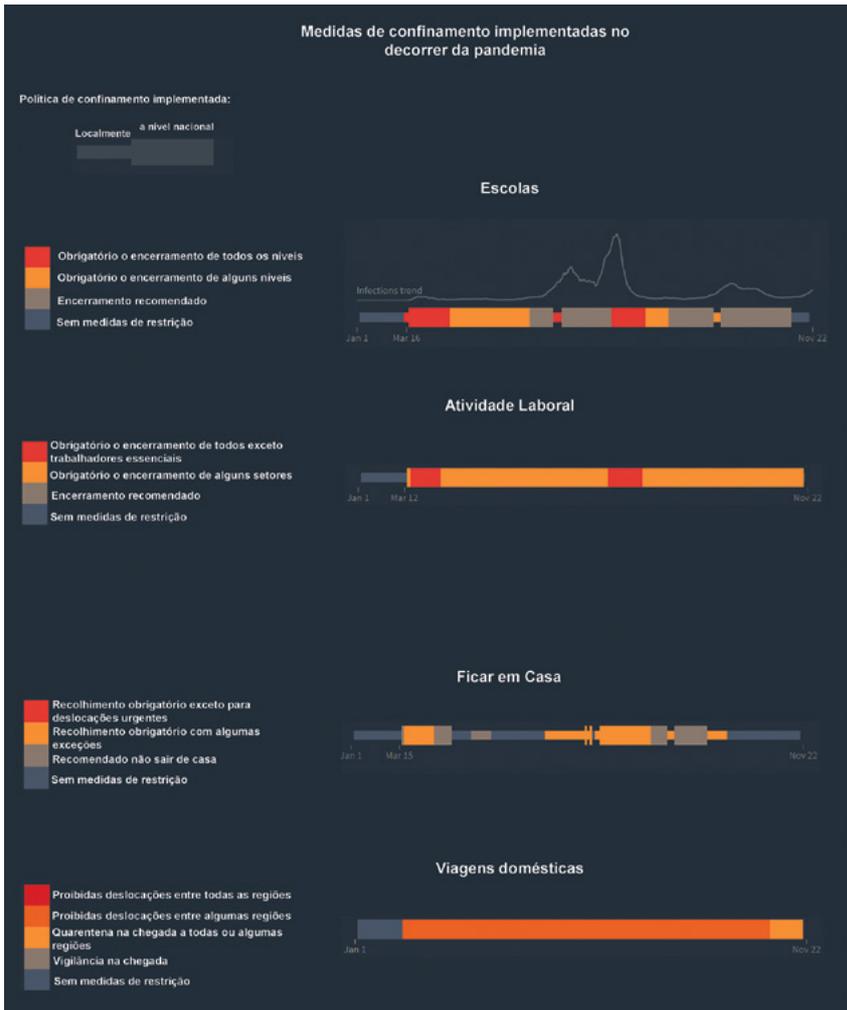


Figura 19 Medidas de confinamento, locais e a nível nacional, aplicadas em Portugal entre 1 de janeiro de 2020 e 22 de novembro de 2021. Reuters. (2021, novembro). *Medidas de confinamento apresentadas no decorrer da pandemia*. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/portugal/>

2. Caminhos para uma nova estratégia

2.2. Da organização do trabalho

2.2.1. O método

Apesar de a COVID-19 ter desencadeado um movimento inédito e exponencial de produção científica, o que desconhecemos é ainda muito. É iniludível: não se pode pôr em prática aquilo que ainda não se aprendeu. É, pois, necessário estudar, por exemplo, os efeitos das medidas de saúde pública do tão falado índice de transmissibilidade R_t para compreender, e

posteriormente aplicar, as medidas mais eficazes na reabertura do país. Mas não poderia ser só a ciência a moldar os planos. A planificação da ação técnica e a decisão devem munir-se de outras fontes de saber, além da científica, e de diferentes abordagens metodológicas, de maneira a que a aprendizagem a partir de diversos campos proporcione soluções mais capazes e versáteis.

Como íamos, então, desenhar os sucessivos planos de desconfinamento? Que princípios orientariam as nossas decisões? Que fontes e métodos utilizaríamos para planear uma reabertura faseada e sustentável do país? Desde logo, estabelecemos entre nós que, nessa viagem a iniciar em conjunto, guiar-nos-íamos (sempre!):

- por toda a evidência científica disponível a cada momento;
- pelos dados e não pelas datas (a realidade ditaria os tempos de aplicação das medidas e nunca o contrário);
- pela precaução na leitura dos cenários futuros (face à incerteza, optaríamos preventivamente por abordagens mais cautelosas e menos otimistas);
- pela ponderação equilibrada entre a necessidade de controlar a situação epidemiológica e a necessidade de proteger o bem-estar mental, social e económico;
- pela escuta proativa de outros saberes, além do científico;
- pela multidisciplinaridade, equidade e justiça sociais.

Estes princípios norteariam todas as propostas feitas por este grupo ao longo do tempo, frequentemente invocados nas reuniões para a tomada de decisões difíceis e para a respetiva justificação. Houve vários momentos em que a navegação se fazia (em Portugal e no mundo) em alto-mar, sem terra à vista, nem bússola suficientemente precisa para se conhecer a direção a tomar a meio da noite. Nessas alturas, estes princípios eram ainda mais preciosos e orientadores. Outro princípio (não técnico, mas de conduta) que adotámos, às vezes tacitamente, outras vezes explicitamente, foi o da descrição. O foco estaria sempre na missão que tínhamos em mãos e a intenção seria a de contribuir para que a discussão pública do plano se concentrasse no essencial – as medidas a desenvolver. Trabalhámos, por isso, em silêncio, arduamente e por bastante tempo, até que, a 4 de março de 2021, foi publicada no *Expresso* a primeira notícia a este respeito:

“No início de fevereiro, António Costa entregou a um grupo de peritos uma missão: preparar um plano de desconfinamento do país. Com os hospitais ainda a rebentar pelas costuras, a equipa começou a trabalhar discretamente ao longo do último mês, mesmo com o avolumar das críticas dos que começaram a reclamar um plano para libertar o país. O primeiro esboço desse “projeto de plano”, apurou o *Expresso*, já chegou a São Bento e será apresentado na reunião do Infarmed, marcada já para a próxima segunda-feira. Se ficar como está, o desconfinamento não será como o que arrancou em maio de 2020.” (Dinis & Valente, 2021)

Ao longo do artigo, apresentam-se pistas acerca do que viria a ser o esboço do plano de abertura – faseado, orientado por um conjunto de indicadores e omissos quanto a datas para cada etapa. Tratou-se de uma fuga de informação que não encarámos com grande contrariedade, mas que também não acolhemos de forma entusiasmada, porque sempre foi nosso propósito disponibilizar informação para todos os *media* noticiosos no momento em que esta se tornasse pública. E aquele para nós ainda não era o tempo de falar publicamente do nosso trabalho, mas de amadurecer propostas e isso fazia-se com um intenso debate no interior do grupo. Que deveria manter-se ainda sob reserva. E lá fomos delineando um plano, que se viria a congregar numa tabela que se procurou simples, mas que resultava de um imenso e complexo trabalho prévio que procuraremos agora descrever.

Uma das primeiras tarefas foi munir a equipa do conhecimento disponível para desenhar as propostas. Definidas as questões de investigação às quais queríamos responder, fizemos uma revisão do saber científico disponível, juntando-se também material considerado relevante, como notícias ou artigos de opinião. Esta tarefa integrou também estudantes e internos de várias áreas. A quantidade de informação a analisar era enorme e, portanto, foi criada uma tabela de extração de dados que respondia às perguntas cruciais. A investigação foi conduzida de acordo com o método científico que lhe é próprio e que assegurava a qualidade dos resultados obtidos. Mapeámos a informação recolhida em função de diversos setores de atividade, sistematizámos as medidas de saúde pública que estavam a ser aplicadas em todo o mundo e analisámos os respetivos efeitos, quer no controlo da infeção, quer na saúde mental, quer no bem-estar social e económico das populações. Além disso, fizemos ainda a recuperação do histórico de medidas de saúde pública já em aplicação em Portugal desde o início da pandemia, de forma a ancorarmos a nossa proposta nesse valioso património anterior (Assembleia da República, 2020).

Com base nessa informação, que ainda era excessiva para permitir a discussão em equipa sobre a melhor estratégia de reabertura, criou-se uma segunda tabela-resumo com os diferentes setores de atividade, as medidas de saúde pública a levantar/implementar e a intensidade conhecida dos respetivos impactos epidemiológicos, socioeconómicos e de saúde mental. Cada setor de atividade foi depois analisado de acordo com as medidas a adotar, o respetivo impacto no Rt e um conjunto de outros fatores como, por exemplo, a população afetada, o impacto e recetividade, entre outros (tabela 9).

O passo seguinte foi o de consensualizar a sequência do levantamento das diferentes medidas de saúde pública, usando, para tal, o critério de priorização daquelas que, por um lado, tinham o menor efeito no controlo epidemiológico e as que, por outro lado, acarretavam maiores prejuízos social, mental e/ou económico.

Consideramos os seguintes fatores:

- tipo de medidas a adotar;
- impacto conhecido de cada medida no Rt;
- impacto de cada medida ao nível económico, social e da saúde mental;
- cobertura vacinal e escalão etário dos grupos populacionais ligados a cada setor de atividade;
- risco de desrespeito pelas regras;
- potencial de aglomeração;
- escala da atividade a nível nacional;
- mobilidade territorial envolvida;
- recetividade da população à manutenção das medidas restritivas.

O quadro que se segue sintetiza os cinco passos que sempre integraram o método que seguimos.

Com o intuito de robustecer a proposta, fizemos regularmente um exercício de autocrítica que passou por dividir a equipa entre membros que ensaiaram a defesa da nossa proposta e membros que procuraram nela encontrar

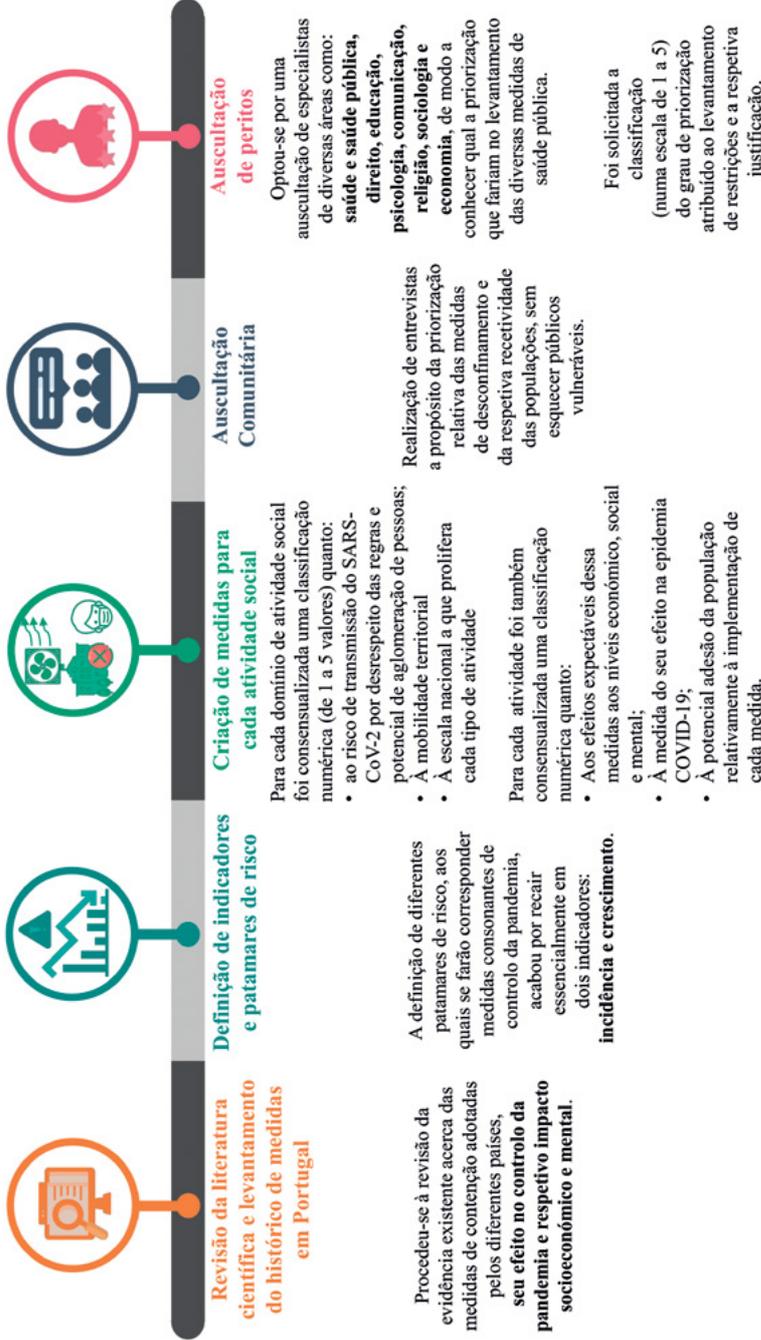


Figura 20 Os cinco componentes que integram o método utilizado na proposta.

fragilidades e contradições. Neste jogo argumentativo, pudemos amadurecer as nossas convicções e fortalecer o consenso encontrado, mesmo nos mais pequenos pormenores. Também a discussão dos pontos de vista dos profissionais que constituem a equipa a partir das suas respetivas áreas de formação (pneumologia, saúde pública, matemática, comunicação, educação, psicologia) fez crescer a proposta em complexidade e em poder de acomodação às diferentes dimensões da realidade.

Num primeiro plano, cruzámos diferentes tipos de atividade com cinco níveis de risco epidemiológico. Para a definição dos pontos de corte de cada nível de risco, considerámos uma incidência vizinha que, para cada concelho, considerava a incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes da zona formada pelo próprio concelho e seus concelhos circundantes. Esta proposta tinha como vantagens sinalizar a proximidade a zonas mais críticas, evitar a sobrevalorização de surtos quando o contexto circundante não o justificava (problema particularmente notório em pequenos concelhos) e promover uma maior continuidade geográfica na aplicação de medidas. Havia, no entanto, uma desvantagem importante que era a excessiva sua- viziação do risco, que tornava por vezes esse indicador pouco específico da situação no concelho. Uma outra desvantagem, que acabou por ser determinante, era o facto de a incidência concelhia ser mais facilmente compreendida e ter sido anteriormente usada na aplicação de medidas. Apesar de ter havido alguma recetividade a este indicador da incidência vizinha, ele acabou por ser preterido pela incidência concelhia.

Na reunião de especialistas do Infarmed realizada a 9 de fevereiro de 2021, o primeiro-ministro pediu aos peritos um consenso sobre os critérios-base para reavaliar decisões de imposição de medidas restritivas. No final, perante os jornalistas, a ministra da Saúde reconheceu que, quanto aos indicadores a utilizar, os peritos nem sempre se pronunciaram de forma coincidente, pelo que foi solicitado à equipa técnica que se debruçasse sobre essa questão. Menciona-se também um pedido sobre aspetos relacionados com calendários temporais dessas possibilidades. Esta última referência diria certamente respeito ao trabalho realizado pelo nosso grupo, à altura desconhecido pela maioria das pessoas. Quanto ao pedido de consenso sobre indicadores, isso dará origem à formação do grupo que viria a ser conhecido por “grupo das linhas vermelhas”, num processo encabeçado pela Direção-Geral da Saúde e pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com a colaboração de vários dos habituais participantes nas reuniões do Infarmed.

O “grupo das linhas vermelhas” toma como ponto de partida o contributo dos especialistas da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa para calibrar limites baseados na incidência, Rt, positividade e número de camas de UCI ocupadas. É feita uma revisão de literatura sobre a prática internacional pela Escola Nacional de Saúde Pública, discutindo-se depois a seleção de indicadores, com recurso à informação recolhida e analisada pela Comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva, de modo a estabelecer pontos de corte para os valores de internados em UCI. Neste grupo, integra-se um elemento do nosso, Óscar Felgueiras, o que assegura a compatibilidade entre as propostas originadas em ambos os grupos. Deste trabalho conjunto, saiu um documento inicial com os seguintes indicadores a ter em conta na definição de nível de risco do país ou de uma Região de Saúde:

Tabela 9 Conjunto de indicadores a ter em conta na definição do nível de risco.

Indicadores principais	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes; • Número de reprodução efetivo da infeção em tempo real, Rt; • Número de camas ocupadas em Medicina Intensiva por doentes COVID-19.
Indicadores secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de positivos entre as amostras testadas (positividade); • Percentagem de casos e contactos isolados e rastreados nas primeiras 24 horas após a notificação; • Percentagem de casos confirmados notificados com atraso; • Aparecimento e propagação de variantes de preocupação.

São definidos também objetivos para todos os indicadores, assim como valores críticos para os indicadores principais. É deste documento que surge a fundamentação para a utilização da matriz de risco que irá acompanhar os boletins diários da DGS, com base na incidência e no Rt. Para além disso, é iniciada a divulgação semanal da avaliação de risco nacional, fazendo o

acompanhamento dos vários indicadores, através do relatório denominado *Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19*. Poder-se-á considerar que este “grupo das linhas vermelhas” contribuiu decisivamente para uma comunicação mais clara e rigorosa para a população e para os decisores, diminuindo o ruído até então existente à volta da questão do que seria uma pandemia controlada.

Entretanto, o nosso grupo trabalhava no plano de medidas a aplicar. Terminada a primeira versão deste plano, procurou-se conhecer a apreciação técnica, feita por um amplo conjunto de especialistas nacionais, a propósito da respetiva adequabilidade. Escolhemos profissionais de áreas tão diversas como saúde e saúde pública, direito, educação, psicologia, comunicação, religião, sociologia e economia. A seleção destas pessoas foi feita com base no seu património e na sua experiência em cada uma daquelas áreas do saber. Para tal, criou-se e enviou-se por *email* um questionário individual e anónimo, solicitando-lhes a classificação (numa escala de 1 a 5) do seu grau de concordância relativamente a cada uma das medidas, explicitando-se o faseamento da sua implementação e os patamares definidos para a sua aplicação. Pediu-se também uma justificação para todas as respostas. Foram ainda auscultados profissionais estrangeiros, escolhidos por serem especialistas na prevenção e controlo de infeções transmitidas por via aérea. Outros contributos foram também tidos em conta, nomeadamente os que derivam da discussão técnica da proposta em sede do grupo de especialistas que foi chamado a aconselhar o Governo nas denominadas reuniões do Infarmed. Em paralelo, com a preocupação de incluir as vozes da comunidade e de oferecer ao plano a plasticidade necessária para se adaptar a uma ampla diversidade de necessidades e perspetivas, realizaram-se entrevistas com “consultores comunitários”, explorando-se a sua sensibilidade a propósito das eventuais medidas a adotar e da receptividade da população. Recolheram-se também os seus comentários e sugestões. As pessoas ouvidas pertenciam a mundos sociais diversos no que diz respeito ao género, nível de instrução, escalão etário e zona de residência. Não foram esquecidos públicos vulneráveis como pessoas em situação de sem-abrigo.

Assim que o plano de desconfinamento entrou em marcha, iniciámos a monitorização da situação nacional para propormos alterações, se as considerássemos necessárias no caminho que iríamos trilhar. Essa vigilância ditou a entrega regular ao Governo de relatórios que, caracterizando a situação epidemiológica e o comportamento populacional, sugeriam estratégias de aperfeiçoamento da gestão do SARS-CoV-2 em Portugal. Também enquadrou os sucessivos planos de continuidade de abertura do país que

apresentámos ao longo do tempo, à medida que a situação pandémica evoluía e se transfigurava.

Esse foi o primeiro de vários planos de continuidade que fomos fazendo à medida que a conjuntura epidemiológica o autorizava. A metodologia usada para o processo de vigilância e de escuta foi, mais uma vez, criada de raiz para melhor satisfazer as necessidades que enfrentávamos a cada momento. As questões que colocávamos eram essencialmente estas: Como evolui a pandemia em Portugal e noutros países comparáveis com o nosso? Como está a lidar a população portuguesa com esta crise sanitária? Que necessidades tem? O que mais a preocupa? Quão fatigada está? Como adere às medidas de saúde pública? O que considera importante fazer-se para gerir a pandemia? Que impacto estão a ter a COVID-19 e as restrições aplicadas na saúde mental, económica e social? Como estão os decisores políticos e os *media* a comunicar com a população?

A OMS chamava insistentemente a atenção para a fadiga pandémica como “uma reação natural e expectável a uma adversidade prolongada e não resolvida na vida das pessoas e que se expressa, por um lado, através da desmotivação para adotar comportamentos preventivos e procurar informação [sobre a COVID-19] e, por outro lado, através da complacência, da alienação e da desesperança” (WHO Regional Office for Europe, 2020). Por serem tão poderosas no condicionamento da resposta populacional à pandemia, tivemos sempre a fadiga pandémica e a perceção de risco dos portugueses sob atenção. Por outro lado, a resiliência da população – a capacidade que desenvolvemos ao longo da vida para lidarmos com as experiências difíceis de forma construtiva e que nos faz mais capazes de conviver com as adversidades, sobretudo aquelas que se arrastam no tempo, como a COVID-19 – foi também para nós uma preocupação constante. Uma população exausta e pouco resiliente rapidamente se revela pouco colaborante e assertiva na resposta à pandemia. Tínhamos, por isso, de procurar, sempre que possível, aliviar as restrições. Para que se respirasse. Para que se recuperasse algures a força para enfrentar os meses seguintes. Para que se acreditasse num fim para esta crise.

Num espírito de colaboração e partilha e numa lógica de capitalização de recursos e de meios, a equipa esforçou-se por evitar a redundância e sobreposição do seu trabalho com o de outros projetos de investigação já em curso no país. Assim, além da análise que fizemos de resultados públicos da investigação nacional, pudemos contar com parcerias estratégicas e frutuosas com as entidades e investigadores que desenvolviam estudos muito

importantes para nós: o ISPUP (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto) e os seus “Diários de uma pandemia”; a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Nova) e o seu “Barómetro COVID-19: Opinião Social – Conhecer, Decidir, Agir. Os Portugueses, a COVID-19 e as Respostas do Serviço Nacional de Saúde”; as Universidade do Minho, do Porto, de Coimbra e Católica e o seu estudo sobre a cobertura noticiosa da COVID-19; o INEGI (Instituto de Ciência e Inovação em Engenharia Mecânica e Engenharia Industrial) e o seu trabalho em Qualidade do Ar Interior (QAI); e a *task-force* da comunicação e o seu trabalho em “Perceção de risco e comunicação de crise”, promovido pela Direção-Geral da Saúde. Recorremos ainda aos dados dos trabalhos de doutoramento da Ana Aguiar, elemento da nossa equipa, e do seu “Psychological impact and social determinants in the Portuguese resident population during the COVID-19 pandemic”, sediado no ISPUP e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Todos os relatórios de monitorização e planos tiveram em conta esses contributos, para lá da nossa própria produção de estudos considerados necessários para alimentar cientificamente as recomendações. Assim, cada relatório se compôs a partir de um *puzzle* de abordagens adequadas a cada fase e que, no essencial, combinou a análise:

- da literatura científica nacional e internacional;
- dos dados epidemiológicos e medidas de saúde pública em vigor no nosso país e noutros comparáveis;
- dos resultados provenientes dos estudos com os quais tínhamos parcerias;
- dos dados de mobilidade da população portuguesa;
- das tendências de pesquisa no Google;
- dos autos aplicados pelas autoridades policiais por desrespeito das medidas sanitárias;
- e de outras fontes de informação, consideradas úteis a cada momento, como, por exemplo, o volume de autotestes comercializados ou artigos de opinião.

Durante este percurso fomos sempre o Grupo dos 7, mas contamos com a ajuda de colegas mais jovens, alunos, internos, que pontualmente trabalharam connosco e que muito nos ajudaram.

2.2.2. Os *media* como importantes agentes de combate à pandemia

No início da pandemia, foi feito um inquérito aos jornalistas portugueses, coordenado por um elemento da nossa equipa, Felisbela Lopes, no âmbito de uma outra investigação centrada na mediatização jornalística e que envolvia investigadores de quatro universidades (Minho, Porto, Coimbra e Católica). Neste estudo, os jornalistas assumiram que, na primeira fase desta doença e durante o confinamento severo (março a abril de 2020), incorporaram a preocupação permanente de orientar os cidadãos para comportamentos de prevenção (Lopes, 2021). Sentimos esse cuidado ao longo do tempo. E confirmámos isso em cada entrevista que nos faziam. Havia uma procura de informação explicativa e contextualizada e um sentido de serviço público no jornalismo que se desenvolvia. E isso tinha certamente um enorme efeito na população, que assim poderia encontrar conteúdos que se constituíam como uma âncora para um quotidiano cheio de incerteza. Enquanto fontes de informação, isso dava-nos responsabilidades acrescidas e foi sempre a partir dessa base que fomos construindo esse relacionamento.

Apresentando nas sucessivas reuniões do Infarmed, em Lisboa, medidas que se constituíam como ponto de partida para decisões políticas com um fortíssimo impacto na população, estávamos bem conscientes do enorme interesse (do) público do nosso trabalho. Por isso, dias antes, íamos sendo interpelados pelos jornalistas para adiantar as nossas propostas. Nunca o fizemos. Por dois motivos: porque as propostas nem sempre estavam fechadas com essa antecedência e porque, muito importante para nós, o lugar para apresentar o nosso trabalho publicamente era nas referidas reuniões do Infarmed. Nesse momento, todos poderiam aceder à informação em simultâneo: decisores políticos, demais autoridades, jornalistas e público em geral (já que as reuniões eram transmitidas em direto via remota em *sites* oficiais de saúde e em vários *media*).

Os jornalistas sempre perceberam o nosso princípio de atuação relativamente a si próprios, o que muito nos agradou: nos dias que antecediam a reunião, fazíamos silêncio. Depois da exposição da nossa proposta no Infarmed, a coordenadora da equipa, Raquel Duarte, ficava disponível para as entrevistas solicitadas, ao mesmo tempo que a apresentação se tornava acessível para todos os jornalistas que os solicitassem. Transparência e disponibilidade eram assumidas naquele dia e nos seguintes até ao momento da reunião do Conselho de Ministros. Aí, chegava o tempo dos decisores políticos e a equipa voltava a retirar-se do espaço público mediático.

Tivemos sempre a preocupação da gestão dos tempos. Havia um tempo para trabalhar, outro tempo para apresentar publicamente as propostas e ainda outro tempo para as decisões políticas. Cada tempo continha o seu ritmo, implicava certas estratégias de comunicação e impunha determinados atores no espaço público (mediático).

O primeiro tempo era atravessado por uma intensa e permanente comunicação interna, a horas inimagináveis. Nas pausas dos nossos compromissos profissionais, ali estávamos nós, reunidos remotamente em frutíferas discussões para chegar às propostas finais. Nem sempre estivemos de acordo sobre os caminhos a seguir, mas sempre nos uniu uma vontade férrea de apresentar o plano que melhor servisse os cidadãos. Trabalhando nestes planos *pro bono*, era esse sentido de missão que cada um de nós adotava como prioridade.

Depois, lá chegava o dia do Infarmed e a comunicação tornava-se pública. Primeiro na sessão, depois nas entrevistas com os diferentes meios de comunicação social. Os jornalistas sempre mantiveram connosco uma relação de confiança e de respeito, procurando fazer uma cobertura noticiosa que incidisse no mais importante a transmitir. Sempre nos esforçámos por responder a todos, atendendo aos seus ritmos de trabalho e percebendo as idiossincrasias que as linhas editoriais de cada meio impunham. Independentemente do órgão de comunicação social, encontrámos sempre interlocutores muito empenhados em colocar a posição dos especialistas no centro do discurso noticioso. Vezes sem conta fizemos diretos para noticiários de grandes audiências ou para noticiários âncoras de programação. Vezes sem conta estivemos no topo dos alinhamentos ou nas primeiras páginas dos jornais. Porque o tema assim impunha, poder-se-á argumentar. É verdade. Mas também porque o jornalismo se abriu, como nunca tinha acontecido, aos especialistas, transformando-os em importantes interlocutores na definição de uma estratégia de gestão desta pandemia.

Alguns dias depois da reunião do Infarmed, o Governo reunia-se, em Conselho de Ministros, para decidir o que fazer. As nossas propostas eram já amplamente conhecidas. E estavam já devidamente explicadas. Era chegado o tempo dos decisores políticos e, posteriormente, dos comentadores. Da nossa parte, havia ali um recolhimento. Porque pertencíamos a outro grupo e porque o nosso tempo estava fechado.

No que à comunicação diz respeito, a nossa estratégia foi sempre bem-sucedida. Era muito simples e, ao mesmo tempo, exigente. Assentava na verdade e na disponibilidade. E isso os jornalistas sempre valorizaram. Nós também. Muito.

3. Desconfinar, travar, libertar: propostas, decisões e contextos

3.1.

Um país que começa a sair gradualmente de casa

A experiência de atravessar um tempo duro estava muito presente na nossa equipa. A partir de campos diversos, cada um de nós viveu à sua maneira momentos sensíveis: de luto, de isolamento, de distanciamento em relação a familiares próximos... Em 2020, já tínhamos passado pela experiência de desconfinamento, à qual sucedeu uma pesada fase de internamentos e de

mortes logo no início de 2021. Agora, chegava a nossa vez de dar um contributo para que tudo corresse o melhor possível.

O trabalho começou a fazer-se em fevereiro de 2021 e fomos assentando os nossos planos sob a ideia de um país progressivamente sem restrições, tendo em atenção os sinais de alerta e a necessidade de planear novos recuos.

São esses sucessivos planos delineados pela nossa equipa e os consequentes processos de decisão que apresentamos neste ponto, sem esquecer de esboçar um retrato epidemiológico sobre a situação do país, focando aqui e ali diferentes realidades internacionais que, de certa forma, nos serviam de guias. Ora pelas semelhanças com o nosso país, ora pelo contraste.

3.1.1. Um primeiro plano que fixa níveis de risco

Chegámos à reunião do Infarmed, a 8 de março de 2021, com uma estratégia que passava pela definição de patamares de risco e medidas não farmacológicas de intervenção ajustadas aos contextos, atribuindo à população um papel fundamental na obtenção dos objetivos. A duração do confinamento ou o levantamento das medidas não estavam calendarizados em datas concretas, propondo-se uma revisão de tudo assim que os objetivos específicos fossem atingidos.

A proposta identificava 5 níveis de risco, como podemos ver na tabela 10.

Os pontos de corte de cada nível seriam definidos pelo “grupo das linhas vermelhas”, cabendo-nos a nós definir as regras de transição entre os diferentes níveis e as medidas em vigor em cada um. O ponto de partida na redução das medidas traduzia-se no nível 4, que deveria ser implementado em todo o país, independentemente do valor da incidência local. A descida ou a manutenção de nível dependeriam da avaliação epidemiológica a ocorrer a cada duas semanas. A redução das restrições deveria acontecer de maneira faseada. Tudo foi planeado de forma a que houvesse prudência no levantamento de medidas e que este percurso fosse acompanhado do máximo de estabilidade. A descida de patamar de risco para o nível imediatamente a seguir acontecia perante valor de incidência sustentadamente inferior ao do patamar atual (valor a 14 dias). Perante agravamento da incidência na avaliação quinzenal, devia começar-se por avaliar as causas e tentar corrigi-las. Só a manutenção de agravamento

Tabela 10 Algumas medidas propostas do plano de desconfinamento de 8 de março. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para tabela completa.

Atividade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
Setor Escolar	<p>Regras gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumprimento do distanciamento físico, com definição de pessoas/m² Utilização obrigatória de máscara Promoção de desfasamento de horário Promoção de higienização dos espaços e superfícies <p>Ensino superior</p> <p>Secundário e 3º ciclo Ensino superior (apenas as que exigem presença física)</p>		1º ciclo (primária) 2º ciclo (até aos 12 anos)	Pré-escolar e infantil	Suspensão da atividade	
Atividade Laboral	<p>Medidas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Teletrabalho sempre que possível Trabalho presencial garantindo o distanciamento físico (se necessário com diminuição da lotação permitida por m²) Aumento da testagem dos funcionários que não possam trabalhar remotamente e não façam parte dos grupos prioritários de vacinação Promoção de horários desfasados <p>Todas as áreas laborais, com cumprimento das medidas gerais</p> <p>Trabalho em locais comuns com contacto com público e com contacto físico individual</p>		Trabalho em locais comuns com contacto com público sem haver contacto físico, garantindo o distanciamento entre as pessoas	Trabalho em locais comuns sem contacto com público, mantidas as medidas gerais	Serviços essenciais Teletrabalho sempre que possível Trabalho isolado	
Comércio e Retalho	<p>Regras gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumprimento do distanciamento físico, com definição de pessoas/m²; Utilização obrigatória de máscara; Promoção de desfasamento de horário; Promoção de higienização dos espaços e superfícies; Promoção de conjuntos sociofamiliares restritos ("bolhas") que permitam a interação social de forma mais segura; <p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p>	<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação – máx. de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máx. de 10 pessoas na mesma mesa)</p> <p>Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição</p>	<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação – máx. de 4 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máx. de 6 pessoas na mesma mesa)</p> <p>Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição</p>	<p>Restrição de horário</p> <p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Serviço de esplanada, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara, exceto no momento da refeição (máximo de 4 pessoas na mesma mesa)</p>	<p>Venda ao posto</p> <p>Restrição de horário</p> <p>Serviço de take away ou entrega</p>	<p>Suspensão da atividade, exceto serviços essenciais</p> <p>Serviço de take away ou entrega</p>
Restauração e similares	<p>Regras gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumprimento do distanciamento físico, com definição de pessoas/m² Utilização obrigatória de máscara Promoção de desfasamento de horário Promoção de higienização dos espaços e superfícies <p>Ensino superior</p> <p>Secundário e 3º ciclo Ensino superior (apenas as que exigem presença física)</p>	<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação – máx. de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máx. de 10 pessoas na mesma mesa)</p> <p>Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição</p>	<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação – máx. de 4 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máx. de 6 pessoas na mesma mesa)</p> <p>Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição</p>	<p>Restrição de horário</p> <p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²</p> <p>Serviço de esplanada, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara, exceto no momento da refeição (máximo de 4 pessoas na mesma mesa)</p>	<p>Venda ao posto</p> <p>Restrição de horário</p> <p>Serviço de take away ou entrega</p>	<p>Suspensão da atividade, exceto serviços essenciais</p> <p>Serviço de take away ou entrega</p>

na segunda avaliação (15 dias depois) é que deveria implicar a subida de patamar de risco com agravamento das medidas de restrição.

Com este cenário de fundo, foram propostas medidas gerais e medidas específicas. As primeiras compreendiam, por exemplo, a definição do cumprimento de distanciamento físico com a fixação da lotação dos espaços, a utilização obrigatória de máscara, o desfasamento de horários e a promoção da higienização dos espaços e superfícies. Demos, desde o início, particular importância a bons sistemas de ventilação e climatização nos espaços interiores, às atividades em exterior ou por via remota (sempre que possível e adequado) e à redução do número de pessoas em interação em contexto sociofamiliar (promovendo a criação de “bolhas”).

Parte das medidas por nós propostas nessa fase eram de carácter nacional. Percebe-se melhor a pertinência de pensar o país como um todo a partir da realidade escolar. Estávamos conscientes de que a aplicação local de restrições a esse nível aprofundaria desigualdades sociais, com impacto ao longo de gerações, perpetuando ciclos intergeracionais de pobreza e insegurança social. Por isso, afastámos essa possibilidade desde esse momento até ao presente. As restrições aplicadas ao setor escolar teriam sempre de apresentar carácter nacional. As restantes medidas (a atividade de restauração, comércio, transportes, entre outras) tinham já nesta altura uma dimensão concelhia. Nesta proposta, o setor escolar iniciaria a sua atividade de uma forma gradativa – primeiro o pré-escolar, só depois o 1.º ciclo e o 2.º ciclo. Os ensinos secundário e superior retomariam a atividade presencial no nível 2 de risco. Esta progressão justificava-se através da dimensão do risco comprovadamente associado à abertura de cada um destes setores.

No que diz respeito à regulação da atividade laboral, a nossa proposta previa uma reabertura gradual: a começar pelas atividades sem contacto com o público, seguindo para atividades que, embora lidando com o público, não implicavam contacto físico. Só mais tarde se iniciariam os restantes setores em modo presencial. De forma transversal, são propostas medidas gerais para a retoma em segurança em função do nível de risco associado, nomeadamente em termos de organização do espaço de trabalho, das equipas e do transporte. É dado enfoque à necessidade de treinar os diversos profissionais para o conhecimento das medidas de proteção a serem implementadas no seu local de trabalho e para como proceder à autoavaliação de sintomas. É ainda proposto o teletrabalho, sempre que possível, e a testagem regular dos profissionais que não adotam esse regime (tabela 11).

Tabela 11 Proposta de medidas para a retoma da atividade laboral em segurança.

Categoria	Medidas propostas
Reorganização do espaço de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que necessário, redesenhar os locais de trabalho, permitindo e encorajando o cumprimento da distância física, colocando barreiras de acrílico nas secretárias, por exemplo; • Organizar áreas de refeição com mesas individuais, separadas e com meios de higienização das superfícies; • Utilizar ferramentas tecnológicas que facilitem o agendamento de períodos de utilização de espaços e articulação entre profissionais.
Reorganização das equipas	<ul style="list-style-type: none"> • Criar “bolhas” (equipas que funcionem em circuito fechado) e manter a consistência no desfazamento de horários entre elas de forma a reduzir o número de interações; • Promover reuniões virtuais por teleconferência ou outras plataformas de trabalho colaborativo e participativo por via digital.
Treino e educação	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar as pessoas para medidas de proteção antes de se retomar a atividade laboral.
Teletrabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Manter sempre que possível o teletrabalho, mesmo em contextos laborais em que muita atividade não pode ser feita de forma remota, mas deve ser feito um esforço para o promover; • Em contexto de contacto direto com o público e na impossibilidade de trabalho remoto, promover agendamentos prévios.
Promoção de autoavaliação de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a autoavaliação de sintomas, não penalizar a ausência do trabalho perante suspeita, assegurando apoio social aos trabalhadores independentes.
Testes rápidos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover testes rápidos com determinada periodicidade. Um teste negativo não exclui doença, mas um positivo pode promover a deteção precoce do caso e a implementação de medidas de saúde pública.
Transportes	<ul style="list-style-type: none"> • Preferir o transporte individual (a pé, bicicleta, carro individual se possível). No caso de partilha de viatura, manter a máscara sempre que as pessoas não integrem o conjunto sociofamiliar restrito (“bolha”); • Reforçar os transportes públicos e, a par desta medida, promover o desfazamento de horários para evitar a aglomeração de pessoas a determinadas horas do dia.

Ao nível dos transportes públicos, sugerimos a retoma gradual da atividade, partindo de 25% da sua ocupação total. Os táxis e TVDE teriam, em todas as fases, lotação limitada a 2/3 da sua capacidade, com proibição de ocupação dos bancos dianteiros. O comércio de retalho, que parte de uma suspensão da atividade e restrição de horários, inicia a venda ao postigo e, de forma gradativa, vai retomando a sua normal atividade até deixar de ter limitação de horário, mantendo-se, todavia, a limitação da lotação. O mesmo ocorre com a restauração, que parte de serviço de *take away* ou entrega para o início de serviço em esplanada e de atividade em espaço interior com limitação de pessoas por mesa.

O plano proposto integra em si uma combinação entre abordagens farmacológicas e não farmacológicas. São, por isso, feitas fortes recomendações para que as medidas apresentadas se façam acompanhar de uma política de testagem; da aplicação imediata de medidas de saúde pública perante a identificação de casos positivos, garantindo que não há atraso na realização dos inquéritos epidemiológicos; do cumprimento das medidas de prevenção (distância física, utilização de máscara, etiqueta respiratória e higienização das mãos, superfícies e espaços); de uma estratégia célere de vacinação; da vigilância serológica das variantes em circulação no país; e da monitorização de indicadores que permitam identificação precoce de desvios à estratégia de desconfinamento implementada.

Fazemos igualmente propostas para a melhoria da comunicação. É fundamental comunicar eficazmente o plano de desconfinamento à população, fortalecendo a confiança e a colaboração com as autoridades de saúde e promovendo o empoderamento na redução do risco de contágio e da propagação da pandemia.

Na reunião de 8 de março do Infarmed, os peritos deixaram ao Governo o desafio de evitar uma taxa de incidência de novos casos a 14 dias de 240 casos por 100 mil habitantes, um Rt acima de 1 e 245 camas de UCI ocupadas com doentes COVID-19. Todos percebiam que teria de ser feito um controlo apertado de cada etapa. O Rt estava a subir e havia o impacto da variante do Reino Unido, que já representava 65% dos novos casos em Portugal.

À saída da reunião, os partidos admitiram que já estava na hora de desconfinar. Todavia, havia um sentido de cautela que nós também queríamos fazer vingar. No dia seguinte, Joana Petiz, no *Diário de Notícias*, publicava um editorial com o título “desconfinar, mas devagarinho”, pedindo “condições que permitam desconfinar com método” (Petiz, 2020). Os especialistas que comentaram o que se passou naquele dia também falavam em precaução. Ouvíamos tudo isso com muita atenção.

3.1.2. Uma decisão política mais audaz do que as propostas dos especialistas

Um desconfinamento “a conta-gotas”, assente numa reabertura progressiva da sociedade e da economia. Foi assim que, a 11 de março de 2021, o primeiro-ministro António Costa apresentou aos jornalistas o plano do Governo, aprovado nesse mesmo dia em Conselho de Ministros, assente naquilo que os especialistas haviam proposto, mas indo mais além em certos aspetos. Por exemplo, na fixação de datas por períodos quinzenais: 15 de março, 5 e 19 de abril e 3 de maio (tabela 12). Em cada período, avançava-se gradualmente, com base na verificação de indicadores estabelecidos pelo chamado “grupo das linhas vermelhas”. No caso de subida desses indicadores, a evolução prevista paralisaria ou regressaria. Assumindo como princípio de atuação o âmbito nacional das medidas, preferencialmente sem recuos, a regressão aplicar-se-á nos concelhos em risco, tal como propusemos. Ou seja, desconfinava-se em termos nacionais e travava-se a nível concelhio, sempre que necessário.

Na conferência de imprensa que promoveu para apresentar este plano, o primeiro-ministro teve sempre o cuidado de assegurar que se tratava de uma decisão prudente e algo conservadora, mas a verdade é que aquilo que ficou estabelecido ia além das nossas propostas. E foi difícil fechar a proposta na reunião do Conselho de Ministros, que, nesse dia, se estendeu por 11 horas. Na versão impressa do dia seguinte do *Jornal de Notícias*, a jornalista Alexandra Figueira, num texto que intitula “Costa vai mais longe do que os peritos e revela plano até maio”, escreve que essa reunião não foi “nada pacífica” (Figueira, 2021). Porque sempre houve quem olhasse para a situação acentuando ora uma perspetiva sanitária, ora uma perspetiva económica, e ambas eram difíceis de conciliar no mesmo calendário de medidas a aplicar. Uma novidade em relação à nossa proposta foi a decisão de abrir, numa primeira fase, não só as creches e jardins de infância, mas também o 1.º ciclo, bem acolhida pelo nosso grupo pelo facto de reconhecermos que essas franjas etárias evidenciavam dificuldades acrescidas para desenvolver devidamente as suas aprendizagens de forma remota. Também os restantes ciclos aceleraram a retoma da atividade escolar: 2.º e 3.º ciclos a partir de 5 de abril e ensinos secundário e superior a partir de 19 de abril.

Por outro lado, a decisão política retomou, em vários aspetos, as nossas propostas. Por exemplo, a abertura de comércio e de outros serviços ao postigo, as regras para a restauração, as condições fixadas para eventos de grande dimensão (o mesmo já não aconteceu nos eventos mais pequenos, tendo aí havido mais condescendência para a respetiva realização). Houve outras

áreas em que o Governo foi mais além. Os cabeleireiros e similares tiveram maior alívio de restrições do que aquilo que sugerimos, as atividades desportivas individuais foram permitidas mais cedo do que pretendíamos e nos transportes públicos foi concedida maior liberdade de movimentação aos respetivos utentes.

Em termos políticos, inicialmente, este plano dividiu Belém e S. Bento. E isso foi muito acentuado pelos *media*. No *Expresso*, as jornalistas Liliana Valente e Rita Dinis defendiam que “António Costa assegura reabertura sozinho”. Num editorial que intitulou “A solidão de Costa”, o *Jornal de Notícias* afirmava, na edição de 12 de março de 2021, o seguinte:

“o silêncio de Marcelo Rebelo de Sousa foi esta semana ensurdecedor. A viagem para o Vaticano, à hora em que o Conselho de Ministros fechava o plano para reabrir o país, deu-lhe pretexto para desta vez não falar aos portugueses”. (Direção do JN, 2021)

Na edição impressa do *Público*, a jornalista Leonete Botelho escrevia isto:

“O Presidente da República está preocupado com a forma como o Governo está a planear o desconfinamento do país e quis deixar claro o seu distanciamento, optando por um silêncio que acaba por falar mais alto. Esta noite não fará a declaração ao país a propósito da renovação do estado de emergência, tradição que só interrompeu no período eleitoral das presidenciais.” (Botelho, 2021)

No entanto, nesse mesmo dia, a partir do Vaticano, Marcelo Rebelo de Sousa reconhece que “o plano é mais cuidadoso do que a determinada altura se chegou a admitir”. E deixa elogios à decisão. Passados 15 dias, António Costa viria a apresentar argumentos para essa confiança. Ao explicar a 2 de abril a segunda fase de desconfinamento, que começa a 5 de abril, o primeiro-ministro fala nos bons resultados conseguidos nos últimos dias, dizendo que apenas a Islândia está agora melhor do que Portugal nos indicadores da situação epidemiológica. Luz verde, portanto, para progressão no desconfinamento previsto.

Tabela 12 As primeiras medidas do desconfinamento iniciado a 15 de março de 2021.

Data	Medidas de reabertura
Regras gerais sempre aplicáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Teletrabalho, sempre que possível; • Horários de funcionamento: até às 21h durante a semana, 13h ao fim de semana e feriados ou 19h para retalho alimentar.
15 de março	<ul style="list-style-type: none"> • Creches, pré-escolar e 1.º ciclo (e ATL para as mesmas idades); • Comércio ao postigo; • Cabeleireiros, manicuras e similares; • Livrarias, comércio automóvel e mediação imobiliária; • Bibliotecas e arquivos.
20 e 21 de março e 26 de março a 5 de abril (Páscoa)	<ul style="list-style-type: none"> • Proibição de circulação entre concelhos.
5 de abril	<ul style="list-style-type: none"> • 2.º e 3.º ciclos (e ATL para as mesmas idades); • Equipamentos sociais na área da deficiência; • Museus, monumentos, palácios, galerias de arte e similares; • Lojas até 200 m² com porta para a rua; • Feiras e mercados não alimentares (por decisão municipal); • Esplanadas (máx. de 4 pessoas); • Modalidades desportivas de baixo risco; • Atividade física ao ar livre até 4 pessoas e ginásios sem aulas de grupo.

3.1.3. Uma nova reunião no Infarmed e os alertas dos especialistas

A 13 de abril, haveria nova reunião no Infarmed. Os casos estavam a subir (o que era expectável, tendo em conta a reabertura progressiva das atividades) e sentia-se uma pressão subliminar quanto à decisão entre continuar a aliviar medidas e esperar antes de continuar. Este tipo de tensões e hesitações sobre quais as melhores medidas a tomar é omnipresente ao longo de todo o percurso feito pelo país em pandemia. Há sempre algum grau de incerteza perante os eventuais resultados das decisões a tomar e, confrontados com ela, os especialistas, decisores políticos e cidadãos dividem-se nas suas opiniões e posicionamentos. É normal. E também acontecia, a cada passo, no seio do nosso grupo.

A 13 de abril, dizíamos, decorreria uma nova reunião do Infarmed. Ora, logo que o primeiro passo de desconfinamento foi dado, começámos um longo e profundo trabalho de monitorização da situação pandémica no país de forma a podermos sugerir alterações à estratégia se considerássemos que tal se justificava. E também ela nos trazia uma tensão entre progredir no desconfinamento ou travar a implementação de mais medidas.

Verificámos que as tendências das pesquisas da população portuguesa no Google em torno da COVID-19 se intensificavam quando a taxa de incidência atingia valores significativos e diminuía no cenário oposto. Os picos de interesse associados à novidade sobre as medidas e o desconfinamento do país passavam, por exemplo, pela procura de termos como “autoteste” ou “vacinação”. Isto indicava que a população respondia com preocupação à subida dos números de casos e procurava ativamente soluções para a sua participação na proteção da sua saúde e da restante comunidade. Outras fontes relacionadas com a perceção de risco pareciam igualmente variar em razão direta com a taxa de incidência, assim como a adesão a comportamentos preventivos e a disponibilidade para lidar com conteúdos comunicacionais e informativos associados à COVID-19 (DGS, 2021; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto & Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência [ISPUP & INESC TEC], 2021; Goes et al., 2021).

Por esta altura, os dados mostravam que estávamos perante um risco elevado de fadiga pandémica, sobretudo em mulheres e jovens. Fatores como estar em isolamento/quarentena, considerar o teletrabalho mais cansativo e ter amigos/familiares que testaram positivo pesavam (Lusa, 2021). A

fadiga pandémica é, em parte, reativa à longevidade da doença. Em todo o mundo, iam surgindo cada vez mais estudos sobre o impacto desta crise sanitária a curto e a médio prazo. Os dados recolhidos relativamente à saúde mental demonstram flutuações em função de certas variáveis. Por exemplo, as mulheres e as pessoas mais novas (18-39 anos) aparentam sofrer uma deterioração mais acentuada da sua saúde mental. Pessoas com alguma doença que necessitem de acompanhamento regular e que vivam uma situação de insegurança alimentar também parecem ter desenvolvido mais sintomas de ansiedade (Aguiar et al., 2022). É, por isso, crucial pensar em políticas e estratégias interventivas especificamente desenhadas para minimizar o impacto psicológico da pandemia nos grupos mais afetados. Os dados dos “Diários de uma Pandemia”, um projeto de investigação do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto que avalia a evolução da vida diária em Portugal durante e após o segundo confinamento, apontam para a necessidade de dirigir uma atenção especial para os profissionais de saúde, os profissionais que fazem atendimento ao público e os operários fabris. Estes são os grupos que sempre mantiveram uma atividade laboral desde o início da pandemia. E isso não poderia ser esquecido. De facto, há subpopulações cuja saúde mental foi particularmente afetada pela manutenção sucessiva da atividade laboral, mesmo nos momentos mais preocupantes (e que terão sido, por muitos, vividos com enorme receio, ansiedade, e desgaste). Por outro lado, a população em geral viu a sua saúde mental profundamente atingida pela interrupção das atividades usuais fora do ambiente doméstico e pela reclusão nas suas próprias casas (em alguns casos, num ambiente tóxico ou violento).

Como expectável, a mobilidade entre fevereiro e março de 2021 foi aumentando ligeiramente, mas as pessoas mantiveram a sua disponibilidade para a utilização da máscara, relatando, no entanto, maior dificuldade em conter os contactos presenciais e a presença no espaço público tal como apontavam os dados do “Barómetro COVID-19: Opinião Social” (Goes et al., 2021). Em paralelo com a retoma da vida fora de casa, insistimos muito na importância da divulgação e adoção dos conceitos de “bolha social” e de “bolha familiar”, uma medida não farmacológica muito incentivada no Reino Unido (com diretrizes muito específicas sobre a sua utilização adequada em contextos diversos, por exemplo, de articulação entre duas famílias com vista à prestação mútua de cuidados às crianças desses agregados). Os estudos disponíveis mostram a sua utilidade para a intensificação dos contactos presenciais (reparando o bem-estar psicológico e social), sem expressão significativa na transmissão viral. São medidas desse tipo que defendemos – aquelas que reduzem os riscos, permitindo simultaneamente, o regresso ao quotidiano, o estímulo à resiliência e a corrosão da fadiga pandémica. Também insistimos na promoção

da literacia em saúde psicológica para promover o autocuidado e bem-estar e no apoio intencionalizado aos grupos mais vulneráveis e/ou mais expostos. Apesar da criação e divulgação de várias linhas de apoio psicológico gratuito desde o início da pandemia, era necessário manter o investimento na sua publicitação e na diminuição do estigma e do preconceito relativos ao pedido de ajuda na área da saúde mental.

Além disso, como dissemos, o gradiente socioeconómico da doença é evidente e já reconhecido por instâncias internacionais como o *Eurosurveillance* (Politi et al., 2021). Não podemos pacificar-nos com um atingimento desigual da população em função das circunstâncias socioeconómicas de cada um, pelo que é fundamental priorizar políticas e estratégias interventivas dirigidas às pessoas que enfrentam o desemprego e que usufruem de rendimentos mais baixos. Ninguém pode ficar para trás.

Este é o cenário genérico revelado pela nossa monitorização da situação nacional. Do ponto de vista epidemiológico, o número de contágios estava a inverter a tendência de queda. A reunião do Infarmed de 13 de abril serviria, desta vez, para reavaliar estratégias. Pela nossa parte, tendo em conta que o agravamento dos números era possível, julgávamos ser mais prudente esperar mais uma semana para avançar no desconfinamento a fim de avaliar o impacto da Páscoa, a 4 de abril, e da reabertura de alguns setores, a 5 de abril. Se o fizéssemos, os passos seguintes seriam mais seguros. Continuávamos a guiar-nos pela avaliação dos dados e não por datas pré-definidas. Outro elemento que agora deveria ser tomado em consideração seria o das decisões a nível local. No encontro do Infarmed chegámos a propor um indicador da incidência vizinha, a fim de agir preventivamente face a um fenómeno que já tínhamos reconhecido na nossa experiência prévia com a COVID-19: a subida da incidência num determinado concelho relacionava-se frequentemente com um agravamento da situação epidemiológica nos concelhos limítrofes. Pretendíamos, assim, estabelecer um indicador preventivo que sinalizasse a proximidade de zonas de risco. Mas ele nunca foi concretizado. Por uma questão de ordem prática, a escolha preferencial acabou por recair novamente na incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes, indicador que já tinha sido anteriormente utilizado na implementação de medidas durante a segunda vaga.

3.1.4. Políticos mais prudentes

A terceira fase do desconfinamento começa a 19 de abril (tabela 13). O último estado de emergência deste período pandémico, o 15.º, inicia-se a

16 de abril e prolonga-se até ao final do mês, coincidindo quase com toda esta fase que vai até 2 de maio. No decreto promulgado pelo Presidente da República e publicado no *site* da Presidência, o preâmbulo é ligeiramente diferente do anterior. Em vez de se escrever que “a situação está a evoluir favoravelmente, fruto das medidas tomadas ao abrigo do estado de emergência”, escreve-se antes: “Em linha com o faseamento do plano de desconfinamento, impondo-se acautelar os passos a dar no futuro próximo, entende-se haver razões para manter o estado de emergência por mais 15 dias, nos mesmos termos da última renovação”. Marcelo Rebelo de Sousa publicou isto depois de ouvir, a 13 de abril, os especialistas no Infarmed dizerem que Portugal pode ultrapassar nas duas semanas seguintes 120 casos por 100 mil habitantes, o limite traçado pelo Governo para avançar com o plano de desconfinamento. Neste contexto, impunha-se mais cautela. E o Conselho de Ministros foi sensível a isso. Neste contexto, a 15 de abril, depois da reunião do executivo, o primeiro-ministro apresentou-se muito prudente diante dos jornalistas, anunciando que seis concelhos não avancem para a fase seguinte (Alandroal, Albufeira, Carregal do Sal, Figueira da Foz, Marinha Grande e Penela) e quatro recuam para a fase anterior (Moura, Odemira, Portimão e Rio Maior). Aqui estava a atuação de acordo com o risco de cada área geográfica. A explicação é simples: estes 10 municípios registavam, em duas avaliações consecutivas, uma incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes superior a 120, os dois indicadores que guiavam o avanço (ou recuo) da abertura do país. Havia ainda 13 concelhos que, por terem pela primeira vez uma taxa de incidência superior a 120 casos por cada 100 mil habitantes, iriam ter “especial atenção” nos próximos 15 dias. Mesmo assim, permite-se o regresso ao modo presencial dos ensinamentos secundário e superior. Porque, como bem assinalava a diretora do *Jornal de Notícias*, Inês Cardoso, impunha-se “curar as feridas” de “quase três meses sem interação direta em contexto de sala, sem socialização, sem conversas imediatas e isentas de mediação tecnológica”. Confinados em casa, os mais novos sofreram certamente um dos maiores impactos desta pandemia e só o tempo permitirá avaliar o respetivo grau.

A 3 de maio, Portugal chega à última fase do desconfinamento deste período, mas, a 28 de abril, o primeiro-ministro, ao explicar as medidas que entrariam em vigor a partir daí, antecipa as boas notícias para a restauração e comércio, que conseguem, como reivindicavam, que tudo seja antecipado para 1 de maio, um sábado, a tempo de aproveitar o Dia da Mãe. Nos restaurantes, alargam-se horários ao fim de semana e aumenta-se o número de pessoas por mesa de quatro para seis no interior e de seis para dez nas esplanadas; no comércio também se dilata o horário de funcionamento. No

entanto, há sete concelhos que não avançam (Miranda do Douro, Paredes, Valongo, Aljezur, Resende, Carregal do Sal, Portimão) e duas freguesias de Odeira que passam a ter uma cerca sanitária. Será assim durante todo o mês de maio: algumas zonas do país avançam, outras param e outras recuam. No entanto, a verdade é que um país vai saindo progressivamente de casa.

Nos *media*, evidenciam-se relatos de esperança relativamente a um tempo novo. A 29 de abril, o diretor da TSF, Domingos Andrade, escreve, no *Jornal de Notícias*, um artigo que intitula “A luz e o túnel”, afirmando o seguinte:

“Quinze estados de emergência. Cinco meses e meio. A exceção dos tempos que vivemos termina oficialmente esta sexta-feira, às 23:59 horas. É um fim ansiado (...). Oxalá a luz ao fundo do túnel não nos cegue para que possamos deixar de vez a montanha-russa do confinar, desconfinar, confinar.” (Andrade, 2021)

Tabela 13 Medidas da primeira parte do desconfinamento para as fases de 19 de abril e 1 de maio de 2021.

Data	Medidas de reabertura
19 de abril	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino secundário; • Ensino superior; • Cinemas, teatros, auditórios, salas de espetáculos; • Lojas de Cidadão com atendimento presencial por marcação; • Todas as lojas e centros comerciais; • Restaurantes, cafés e pastelarias (máx. de 4 pessoas ou 6 em esplanadas) até às 22h ou 13h aos fins de semana e feriados; • Modalidades desportivas de médio risco; • Atividade física ao ar livre até 6 pessoas e ginásios sem aulas de grupo; • Eventos exteriores com diminuição de lotação; • Casamentos e batizados com 25% de lotação.
1 de maio	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurantes, cafés e pastelaria (máx. de 6 pessoas ou 10 em esplanadas) sem limite de horário; • Todas as modalidades desportivas; • Atividade física ao ar livre e ginásios; • Grandes eventos exteriores e eventos interiores com diminuição de lotação; • Casamentos e batizados com 50% de lotação.

3.1.5. Retratos de uma situação epidemiológica mais tranquila

Desde meados de março, a situação epidemiológica continuava a melhorar, registrando-se uma tendência decrescente no número de casos, de hospitalizações e de mortes. Até 5 de abril, altura em que se iniciava a segunda etapa do desconfinamento, tinha-se registado um decréscimo de casos durante 25 dias, atingindo-se uma média diária de 397 infeções. Após essa data, os casos sofrem um ligeiro aumento durante uma semana, chegando a 600 por dia a 12 de abril e voltam a cair até 10 de maio. Nesta data, o número médio de infeções diárias é de 326, o valor mais baixo desde 30 de agosto de 2020. Há mais de 250 dias que não assistimos a um número tão reduzido. A partir daqui os casos começam a aumentar (gráfico A da figura 21). Entre 11 de março e 27 de maio, o período de desconfinamento não tem efeitos negativos nos indicadores de gravidade. O número de hospitalizações e de óbitos espelha uma tendência decrescente. A 27 de maio, estão internadas 233 pessoas, das quais 53 em Unidades de Cuidados Intensivos, quase cinco vezes menos hospitalizações comparativamente a 11 de março (gráficos C e D da figura 21). O número médio diário de óbitos atinge, no final deste período, um dos valores mais baixos em toda a pandemia, um óbito, em média, por dia – 20 vezes menos em relação a 11 de março (gráfico B da figura 21).

No cenário europeu, a variante *Alpha*, que foi primeiramente registada no Reino Unido e que atingiu igualmente Portugal no início de 2021, acaba agora por se alastrar ao resto do continente europeu. Nos países onde a variante chega mais tarde e que são afetados durante esta fase, como a França, a Itália e a Alemanha, houve algum tempo de preparação para a sua chegada, pelo que o impacto é minimizado. A dimensão do número de novos casos e óbitos que se regista nestes três países, entre 11 de março e 27 de maio, é substancialmente inferior à que se verificou no começo do inverno em Portugal e no Reino Unido. Esta diferença é bastante expressiva, principalmente na mortalidade. O pico do número médio de óbitos diários registados em Portugal e no Reino Unido entre janeiro e fevereiro é mais do dobro dos valores máximos atingidos nesta fase nos restantes países considerados na figura 22 (gráfico B). Nesta altura, Portugal e o Reino Unido continuam a melhorar a sua situação epidemiológica com uma trajetória descendente na incidência e na mortalidade e tornam-se, no final de maio, dos países europeus com menor número diário de infeções e óbitos (gráficos A e B da figura 22).

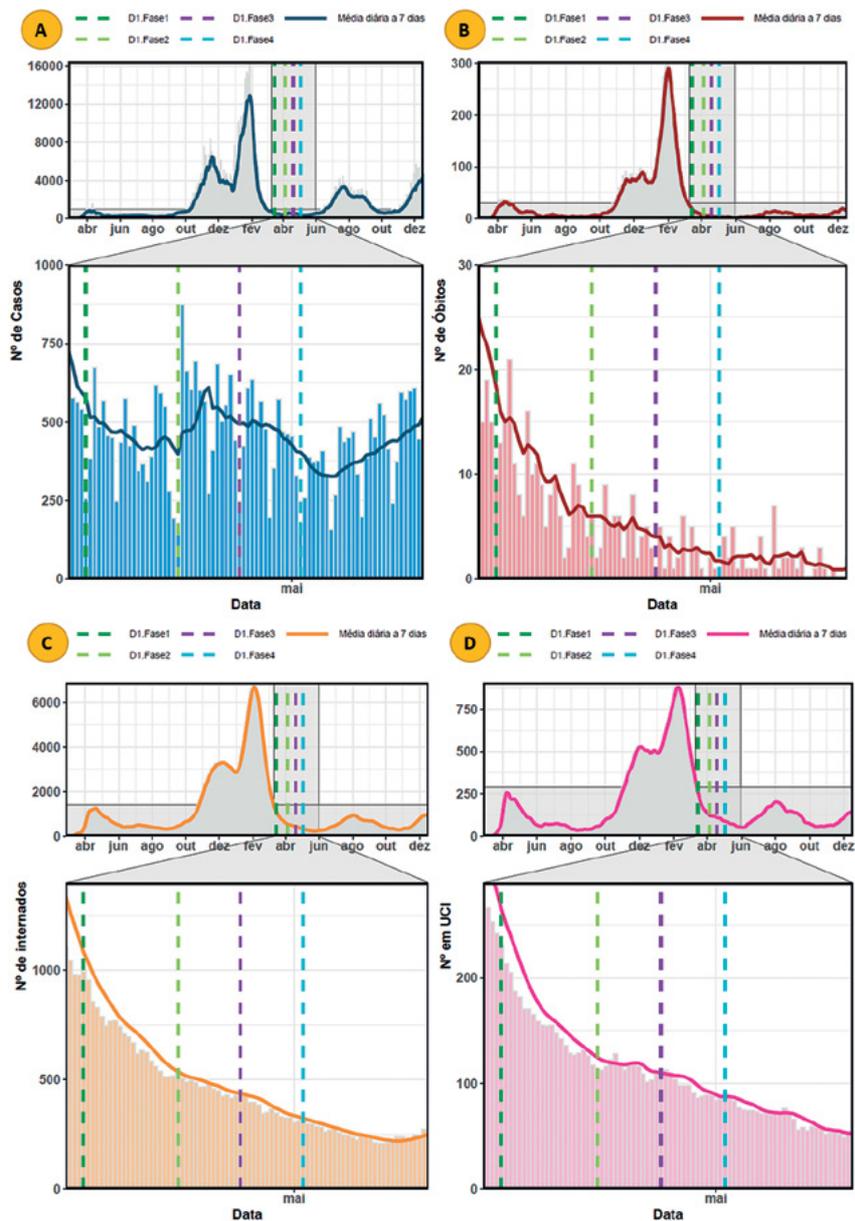


Figura 21 Evolução diária do número casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 11 de março e 27 de maio de 2021. “D1” é a abreviatura de “desconfinamento parte 1”. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

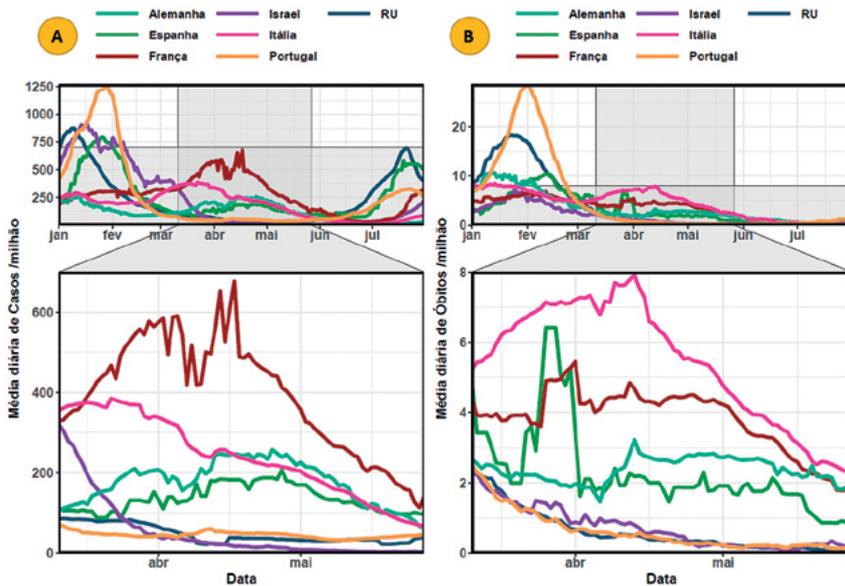


Figura 22. Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 11 de março e a 27 de maio de 2021 em Espanha, Reino Unido, França, Portugal, Alemanha, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

Falemos agora da vacinação. A 15 de março, o processo na Europa está ainda a dar os primeiros passos, com coberturas vacinais completas inferiores a 5%. A partir deste momento, o Reino Unido acelera o ritmo e, posteriormente, distancia-se dos restantes países europeus, registando a 27 de maio uma cobertura completa de 36% (figura 23). Neste momento, a esse nível, um país não europeu de referência internacional devido à sua incontestável liderança mundial é Israel. Consegue controlar o número de infeções e reduzir substancialmente o número de casos com doença grave graças à sua elevada cobertura vacinal (46% a 15 março, figura 23). Durante este período, vão surgindo diversos estudos a evidenciar a alta eficácia das vacinas contra esta variante, mas, principalmente, contra as formas graves da doença (Dagan et al., 2021; Thompson, 2021; Haas et al., 2021; Bernal et al., 2021). Em Portugal, a 11 de março temos apenas 3,3% da população totalmente imunizada. Entre 15 de março e 5 de maio, a cobertura aumenta apenas 6%. Posteriormente, o ritmo acelera e, num período de 22 dias, entre 5 e 27 de maio, vacina-se completamente cerca de 8% da população portuguesa, atingindo uma cobertura de 17,6% no final deste período (figura 23).

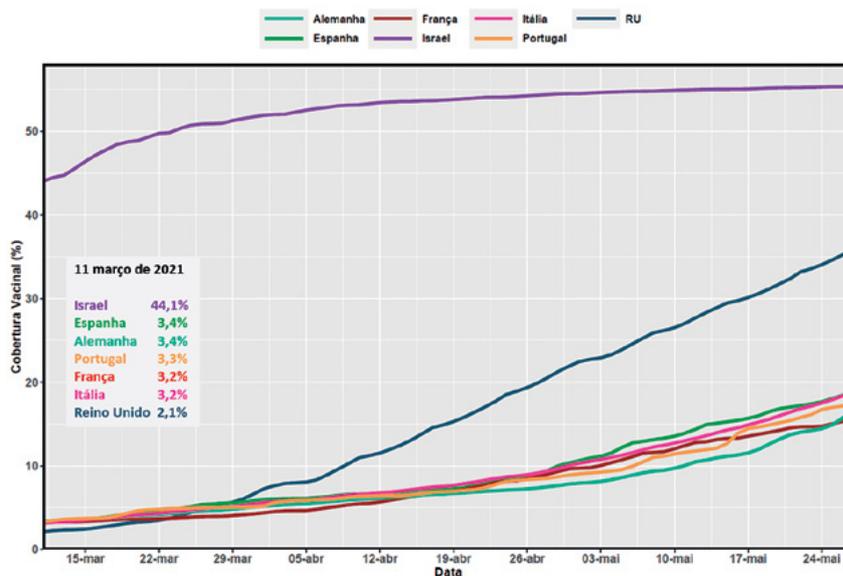


Figura 23 Evolução da cobertura vacinal, entre 11 de março e 27 de maio de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

Nos últimos dias de maio, apesar do processo de vacinação contra a COVID-19 estar no início, o grupo etário associado às pessoas mais idosas (80+) já apresenta uma elevada cobertura vacinal (89%) (tabela 14).

Tabela 14. Cobertura vacinal em Portugal por grupo etário a 14 de março e 23 de maio de 2021. Fonte: Relatório de vacinação da DGS (DGS, 2021).

Grupo etário	Vacinação completa	
	14 de março de 2021	23 de maio de 2021
0 – 17	0 %	0 %
18 – 24	1 %	3 %
25 – 49	4 %	8 %
50 – 64	4 %	13 %
65 – 79	2 %	30 %
≥ 80	16 %	90 %
População total	3 %	16 %

3.2.

Um desconfinamento condicionado pela variante *Delta*

Estávamos em maio de 2021. Os portugueses saíam agora de casa, mas sobre eles ainda pesavam algumas restrições. Precisávamos de continuar esta nossa tarefa de libertar o país. Com precaução. Estando responsáveis pelas propostas de desconfinamento a apresentar nas reuniões do Infarmed, diariamente observávamos a situação epidemiológica à escala nacional e

olhávamos de modo particular para geografias mais críticas. Dados recentes pareciam dar-nos uma certa base para algum otimismo.

Contudo, olhávamos com cautela para o surgimento de uma nova variante que vinha suscitando o interesse na comunidade científica mundial. Esta variante, designada por *Delta*, detetada pela primeira vez na Índia em outubro de 2020, provocou nesse país, entre março e maio, uma devastadora onda de infeções e de óbitos. Em Portugal, foi detetada pela primeira vez em abril, mas passado um mês tinha ainda pouca expressividade (frequência relativa de 4,8%) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2021). No entanto, a 11 de maio, é classificada como variante de preocupação internacional pela OMS (WHO, 2021) e, nas últimas semanas deste mês, registava-se no Reino Unido um aumento de casos por ela provocados.

Cedo nos confrontaríamos, pois, com a necessidade imperiosa de travar o processo de desconfinamento por força desta variante, que impôs novos cuidados e nos refreou o otimismo em relação aos meses de pandemia que ainda teríamos de enfrentar.

3.2.1. Um plano para continuar a desconfinar o país com precaução

Em maio, mês em que pensámos este plano, assistimos ainda a um cenário de certa forma estável e promissor no que diz respeito ao controlo da pandemia por COVID-19. A combinação destes fatores com uma mais eficaz comunicação governamental da estratégia nacional de contenção da pandemia, a boa adesão populacional às medidas, o avanço sustentado do processo de imunização pelas vacinas, o aumento da capacidade de rastreio, entre outras razões, permitiam um avanço gradual e sustentado na recuperação da normalidade. Mas mantêm-se a cautela e a necessidade de monitorização constante da entrada e circulação de novas variantes no país, nomeadamente da variante *Delta*.

Foi assim que chegámos à reunião do Infarmed de 28 de maio com uma proposta de continuidade, que introduzia três novos patamares de desconfinamento (C, B e A, sendo A o estágio mais avançado de desconfinamento) abaixo do nível 1 (o menos restritivo), aos quais associávamos determinadas medidas (tabela 15). De certa forma, isso constituiu uma surpresa para os decisores políticos, que imaginariam, decerto, que, chegados ao nível 1, a liberdade seria total. Decidimos, mesmo assim, marcar aí alguma

Tabela 15 Algumas medidas propostas no plano de desconfinamento de 28 de maio. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para tabela completa.

Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
Medidas gerais:									
<ul style="list-style-type: none"> Nas atividades de interior, assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados para prevenção da COVID-19, assim como a sua manutenção. Promoção da prática de abertura frequente de janelas e portas Promoção de atividades em exterior ou remotamente, sempre que possível Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m² Promoção de testeagem massiva Promoção de desfazamento de horário 				<ul style="list-style-type: none"> Promoção de higienização dos espaços e superfícies Promoção de conjuntos sociofamiliares, laborais e em contexto escolar restritos ("bolhas") que permitam a interação social de forma mais segura Durante a fase inicial do desconfinamento, prevê-se que as atividades possam funcionar de segunda a sexta até às 21h e sábados até às 19h. Poderão manter-se atividades comerciais fora desse período em regime de <i>take away</i> ou <i>delivery</i>. Esta estratégia deve ser mantida até ao nível 2. Utilização obrigatória de máscara em ambientes públicos até ao nível 2 e em eventos públicos até ao nível A. Manter a obrigatoriedade da utilização da máscara em todas as outras circunstâncias e de acordo com a identificação do risco 					
 Escolar	Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais	Ensino superior	Secundário e 3º ciclo Ensino superior (apenas as que exigem presença física)	1º ciclo (primária) 2º ciclo (até aos 12 anos)	Pré-escolar e infantil	Suspensão da atividade			
 Atividade Laboral	Todas as áreas laborais, com cumprimento das medidas gerais		Trabalho em locais comuns com contacto com público e com contacto físico individual	Trabalho em locais comuns com contacto com público garantindo o distanciamento entre as pessoas	Trabalho isolado Trabalho em locais comuns sem contacto com público, mantidas as medidas gerais	Serviços essenciais Tei/trabalho e desfazamento de horário obrigatórios, sempre que a atividade o permita			
 Comércio e Retalho	Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² e restantes medidas gerais	Restrição de horário pessoas/m ²	Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ²	Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ²	Venda ao postigo Restrição de horário	Suspensão da atividade, exceto serviços essenciais Restrição de horário			
 Restauração e similares	<p>Regras gerais adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dever de estar sentado à mesa Dever de cumprimento de distanciamento entre mesas de 2 metros 	<p>Medidas gerais</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máx. de 8 pess. juntas</p> <p>Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p>	<p>Medidas gerais</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máx. de 8 pess. juntas</p> <p>Priorizar as refeições em esplanada - máx. de 20 pess. juntas</p> <p>Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p>	<p>Medidas gerais</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máx. de 8 pess. na mesma mesa.</p> <p>Priorizar as refeições em esplanada - máx. de 20 pess. juntas</p> <p>Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p>	<p>Medidas gerais</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máx. de 8 pess. na mesma mesa.</p> <p>Priorizar as refeições em esplanada - máx. de 20 pess. juntas</p> <p>Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p>	<p>Medidas gerais</p> <p>Serviço de esplanada, desde que seja cumprido o distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição (máximo de 4 pessoas na mesma mesa)</p> <p>Serviço de take away ou entrega</p>			

contenção, não fosse o curto prazo abrir uma surpresa indesejada. Infelizmente, o tempo rapidamente nos daria razão... As medidas deveriam continuar a ser ajustadas a nível concelhio, tendo em conta o indicador de incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes.

A manutenção da metodologia usada até então permitia garantir estabilidade e previsibilidade. Como já o fizéramos anteriormente, não apresentámos datas para a implementação das diferentes etapas – fazíamos depender o progresso da situação epidemiológica. Sabíamos que o Governo tinha optado já por indicar datas precisas, mas isso não implicava uma mudança de rota da nossa parte. Porque, na verdade, ambas as abordagens poderiam suceder-se sem ruído.

De uma forma mais específica, olhemos agora para os diferentes níveis (C, B e A). Mantemos a recomendação de medidas gerais que devem ser aplicadas em todos os níveis, como promover as atividades em exterior, assegurar sistemas de ventilação e climatização adequados, a par da abertura frequente de janelas e portas, cumprir o número de pessoas/m² e desenvolver uma estratégia de testagem massiva. Propomos que se mantenha obrigatória a utilização de máscara em todas as circunstâncias de risco.

Continuamos a propor o desfasamento de horários e a promoção de conjuntos sociofamiliares, laborais e escolares restritos (“bolhas”), que permitam a interação social de forma mais segura. Prevê-se a cessação do limite dos horários de funcionamento presencial das atividades comerciais e defende-se que as atividades escolares, laborais, comerciais e do setor da hotelaria passem a funcionar com o cumprimento das medidas gerais. Nas cerimónias fúnebres, sugerimos o fim da limitação do número de pessoas e a adoção das medidas gerais. Na restauração, sugerimos que vá ocorrendo um aumento gradativo do número de pessoas na mesma mesa, continuando a privilegiar-se refeições em contexto de esplanada – nível C com 6 pessoas por mesa no interior e 15 em esplanada, nível B com 8 pessoas por mesa no interior e 20 em esplanada e medidas gerais a partir no nível A. Propomos em todos os níveis a utilização de máscara, exceto no momento estrito da refeição.

Mantêm-se as recomendações dos níveis anteriores em relação às unidades residenciais para idosos, com permissão das visitas, acompanhada da avaliação do risco e da testagem das pessoas não vacinadas. O mesmo se passa nas atividades desportivas e eventos de grande dimensão em exterior, que

mantêm as medidas propostas no nível 1. A preferência pelo ambiente exterior nas atividades desportivas seria acompanhada da definição de circuitos e da utilização de máscara (para além das medidas gerais, transversais a todos os níveis). Os eventos de grande dimensão em espaço exterior não delimitado não podiam admitir público até ao nível 1. Propõe-se que possam voltar a tê-lo, desde que sejam garantidas as medidas de prevenção individual e a aplicação das medidas gerais. O mesmo se passa em relação aos grandes eventos em espaço interior, que não teriam público até se entrar no nível 1 e que aumentariam a sua lotação de uma forma crescente de nível para nível.

Nas celebrações (como casamentos e batizados), propomos um aumento crescente da lotação com 75% no nível C e apenas cumprimento das medidas gerais a partir do nível B. Os transportes manterão a limitação da sua lotação até ao nível A. Neste último nível, apenas os táxis e TVDE terão lotação limitada aos bancos traseiros. A circulação em espaços públicos manterá a indicação para utilização de máscara até ao nível A. Neste último estágio, propõe-se a manutenção da máscara em ambiente fechado e nos espaços abertos, sempre que houver aglomeração de pessoas.

Com a aproximação das férias e com o desconfinamento do país a processar-se gradualmente, cresce a preocupação com as fronteiras. Propomos a vigilância da mobilidade nas fronteiras terrestres, marítimas e aéreas em articulação próxima com as autoridades de saúde pública e com o apoio dos serviços de vacinação internacional. O Certificado Internacional de Vacinação está preconizado como um documento para validar o cumprimento das normas internacionais para o controlo de doenças com relevância no contexto internacional. Em termos práticos, é como um passaporte que valida a origem do viajante e esclarece o seu estado imunitário. A 17 de março de 2021, a Comissão Europeia colocou a proposta da utilização de um “Certificado Verde” Digital para apoiar a circulação livre de cidadãos com vacina ou teste negativo comprovado da COVID-19 dentro do espaço europeu. Por questões de salvaguarda da equidade, à data, a OMS ainda não se tinha pronunciado sobre a inclusão da vacinação contra a COVID-19 neste boletim de vacinas internacional.

Para além destas medidas, são feitas recomendações no sentido de, a partir de um modelo de redução de riscos e minimização de danos, prosseguirmos no recuo progressivo do caráter impositivo e restritivo das medidas, investindo cada vez mais numa estratégia de comunicação de crise eficaz e

na criação de condições ambientais promotoras de decisões conscientes e saudáveis. O modelo de redução de riscos e minimização de danos foi, aliás, o enquadramento de fundo para a nossa abordagem de saúde pública desde o início e a assunção da sua matriz de atuação intensificou-se à medida que aumentava a literacia da população em relação à COVID-19 e que progredia a sua capacidade de contribuir diretamente para a gestão e controlo do risco. Em vigor há décadas para prevenção e controlo de infeções como o VIH ou as hepatites víricas no seio de comunidades como a das pessoas que usam drogas ou dos trabalhadores sexuais, esse modelo foi defendido pela própria OMS para a gestão da pandemia graças ao sucesso sustentado que tem tido na contenção daquelas patologias. De forma muito resumida, é um modelo que, face à inevitabilidade de ocorrência de uma dada atividade e assumindo o empoderamento das pessoas para o autocuidado, procura diminuir os riscos que se lhe associam.

Dada a necessidade de mantermos o mais possível o desenvolvimento das nossas ações quotidianas, apesar do SARS-CoV-2, procuramos o equilíbrio adequado entre a vida de todos os dias e a contenção da transmissão do vírus. Os pilares fundamentais implementados na globalidade dos países para a redução dos riscos de contágio eram, à época, a utilização da máscara, a higienização frequente das mãos e das superfícies e o distanciamento físico. Assumindo-os de forma clara, acrescentámos desde logo um quinto pilar, o da ventilação, uma vez que já havia evidência do papel preventivo que podia ter relativamente à COVID-19. Como veremos, a estes pilares não farmacológicos de atuação, foram ao longo do tempo sendo acrescentados outros – farmacológicos –, à medida que a ciência produziu ferramentas que o permitiram, como a vacinação.

3.2.2. Decidir num contexto algo tenso

A reunião do Infarmed de 28 de maio foi tensa. O Presidente da República havia pedido dias antes alterações no modelo da matriz de risco, que servia de base para o processo de desconfinamento, mas os especialistas defenderam que tudo deveria permanecer inalterável, pois um passo em falso poderia deitar tudo a perder. Apesar da incidência estar nesta altura mais baixa, o perigo não tinha passado. O primeiro-ministro desta vez optou pelo silêncio. Os partidos dividiram-se nas apreciações ao que ouviram. No final das apresentações, Marcelo Rebelo de Sousa, que desta vez participou por

videoconferência a partir do Palácio de Belém, sublinhou quatro pontos sobre os quais permaneciam dúvidas. A saber: “a tónica que se deve colocar na vacinação”, “a importância do fator externo internacional e o peso das novas variantes na sociedade”, “a correlação entre a incidência do vírus e o stress hospitalar e a mortalidade e letalidade” e, finalmente, “a legitimação pública dos indicadores e critérios sanitários adotados”.

Com base nas propostas dos peritos, o primeiro-ministro apresenta, a 2 de junho, duas novas fases: uma prevista para 14 de junho e outra para 28 de junho (tabela 16). A evolução rápida dos factos haverá de ajustar as datas deste calendário, mas nesta decisão política há um facto relevante: o Governo situou-se a meio caminho entre o desejo do Presidente da República e as precauções dos especialistas. Por outras palavras: manteve a matriz de risco que definia as medidas de mitigação, mas alterou a leitura que poderia ser feita a partir daí, passando a haver o dobro da tolerância na incidência pandémica nos concelhos de baixa densidade populacional. Assim, a linha vermelha que obrigava estes municípios a recuar passaria a ser fixada nos 480 casos por 100 mil habitantes nos últimos 14 dias, enquanto nos municípios maiores a referência continuaria a ser de 240 casos por 100 mil habitantes.

A data de 14 de junho é antecipada para 9 de junho. A 8 de junho, é publicada, em *Diário da República*, a resolução que regulamenta esta fase, escrevendo-se que “a presente resolução produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação”. Nesse mesmo dia, depois da reunião do Conselho de Ministros, a ministra da Presidência, Mariana Vieira da Silva, anuncia que quatro concelhos não prosseguirão para esta fase (Lisboa, Braga, Odemira e Vale de Cambra).

Tabela 16 Medidas da segunda parte do desconfinamento iniciado a 9 de junho de 2021.

Data	Medidas de reabertura
9 de junho	<ul style="list-style-type: none"> • Teletrabalho recomendado nas atividades que o permitam; • Restaurantes, cafés e pastelarias com as regras e lotação atuais até à meia-noite para admissão e 1h para encerramento; • Lotação completa nos transportes públicos onde só existem lugares sentados; • Lotação de 2/3 nos transportes públicos onde existem lugares sentados e de pé; • Espetáculos culturais até à meia-noite; • Salas de espetáculos com lotação a 50%; • Fora das salas de espetáculos, lugares marcados e aplicação das regras de distanciamento definidas pela DGS; • Escalões de formação e modalidades amadoras com lugares marcados e regras de distanciamento definidas pela DGS; • Recintos desportivos com 33% da lotação e, fora de recintos desportivos, aplicar-se-ão regras a definir pela DGS.
28 de junho	<ul style="list-style-type: none"> • Transportes públicos sem restrição de lotação; • Lojas de Cidadão sem marcação prévia; • Escalões profissionais de desporto ou equiparados com outras regras a definir pela DGS, com lotação de 33% dentro dos recintos e com outras regras a definir pela DGS fora dos recintos.

Nota: Esta fase de desconfinamento não avançou como previsto

3.2.3. A variante *Delta*

A situação epidemiológica em Portugal começa agora a agravar-se. Estamos a entrar numa nova onda causada por uma nova variante do vírus, designada por variante *Delta*, que tem um grau de transmissibilidade 60% superior à variante *Alpha* e que se vai propagando por vários países da Europa e do mundo (WHO, 2021).

Em Portugal, esta variante torna-se dominante primeiro na região de Lisboa e Vale do Tejo a 20 de junho (INSA, 2021), mas rapidamente se propaga por todo o país, e, passada uma semana, atinge a sua dominância a nível nacional (INSA, 2021).

Na verdade, já a partir do final de maio, a incidência na região de Lisboa e Vale do Tejo começava a aumentar, distanciando-se das restantes regiões do país. Como veremos à frente, na segunda quinzena de junho, são impostas medidas adicionais na Área Metropolitana de Lisboa, numa tentativa de conter a propagação desta variante. No entanto, estas restrições não atingem o objetivo pretendido. Por esta altura, a incidência na região do Algarve também começa a apresentar uma tendência crescente muito acentuada (figura 24). A 27 de junho, estas duas regiões atingem uma incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes superior a 300. Nesta fase, existe uma assimetria geográfica na situação epidemiológica de Portugal, sendo a região do Algarve, de longe, a mais afetada. A 26 de julho, esta região atinge uma incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes de 967, mais do dobro da incidência nacional (figura 24).

A nível nacional, a partir do final de maio, o número de casos aumenta em 50% nas primeiras duas semanas e regista-se, a 14 de junho, uma média diária de 720 novos casos. Após 14 de junho, o número de casos duplica a cada duas semanas e, a 23 de julho, atinge-se uma média de 3327 casos diários, o máximo registado nesta onda (gráfico A da figura 25). Nesta altura, a incidência nacional atinge 428 casos a 14 dias por 100 mil habitantes, valor que ultrapassa o limite de 240 definido pelo “grupo das linhas vermelhas”.

As hospitalizações e os óbitos também apresentam tendências crescentes neste período. No entanto, numa dimensão bastante inferior à registada no inverno passado, muito graças à elevada cobertura vacinal nos mais idosos (80+, tabela 17). O número total de internados e o número de internados em UCI crescem cerca de 40% a cada duas semanas e atingem, a 25 de julho, uma ocupação de 879 e 193 respetivamente (gráfico C e D da figura 25).

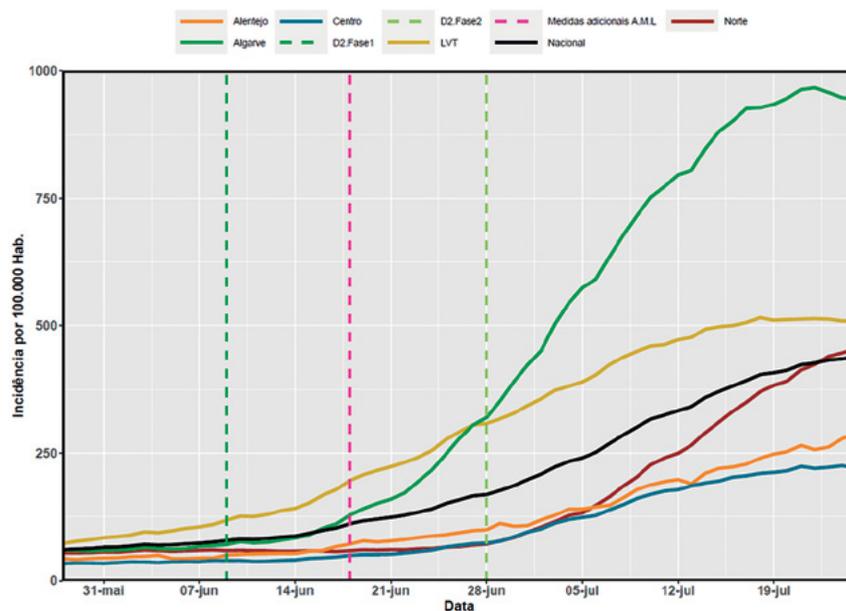


Figura 24 Evolução da incidência acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes nas diferentes regiões de Portugal continental, de 28 de maio a 25 de julho de 2021. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

O efeito da vacinação é mais evidente na mortalidade, dado que o impacto no número de óbitos é menor do que em qualquer uma das ondas anteriores. Durante esta fase, a tendência do número de óbitos é crescente. Contudo, nunca chegamos a ultrapassar, em média, as 15 mortes diárias (gráfico B da figura 25).

Neste tempo, o ritmo de administração de vacinas em Portugal aumenta substancialmente em comparação com o período anterior. Entre 30 de maio e 25 de julho, Portugal vacina 33% da sua população, 13% nos primeiros 30 dias e 20% nos últimos 28 dias, atingindo no final deste período uma cobertura vacinal completa de 52% (tabela 17 e figura 27). Entre 30 de maio e 25 de julho, os grupos etários 50-64, 65-79 e 25-49 são, por esta ordem, os que mais progredem no processo de vacinação. Neste período, vacinam-se 64%, 52% e 31% da população de cada um destes grupos respetivamente (tabela 17). A 25 de julho, a quase totalidade dos idosos (65+) e a grande maioria dos não idosos com mais de 50 anos (50-64) em Portugal estão totalmente vacinados (tabela 17).

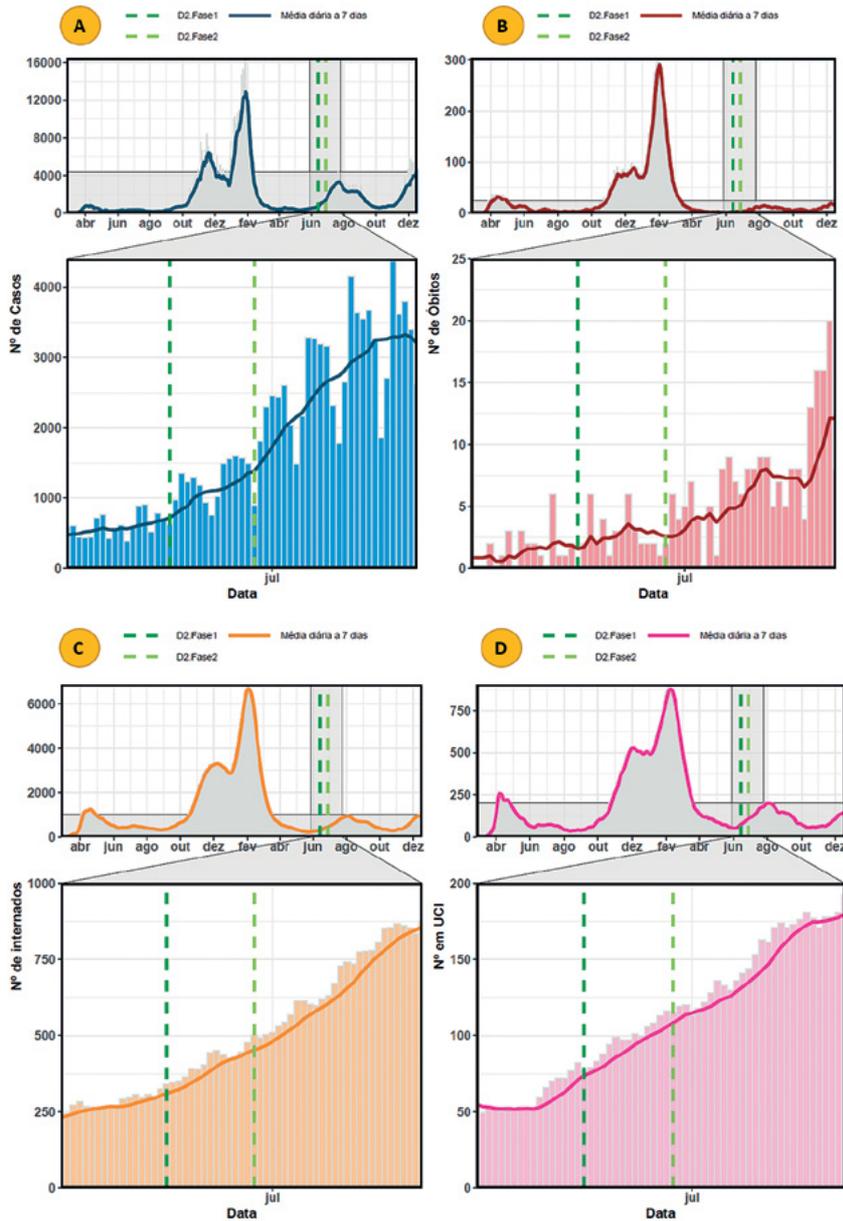


Figura 25 Evolução diária do número casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 28 de maio e 25 de julho de 2021. "D2" é a abreviatura de "desconfinamento parte 2". Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

Tabela 17 Cobertura vacinal em Portugal por grupo etário a 30 de maio e 25 de julho de 2021.
Fonte: Relatório de vacinação da DGS (DGS, 2021).

Vacinação completa		
Grupo etário	30 de maio de 2021	25 de julho de 2021
0 – 17	0 %	0 %
18 – 24	3 %	9 %
25 – 49	9 %	40 %
50 – 64	18 %	82 %
65 – 79	42 %	94 %
≥ 80	91 %	96 %
População total	19 %	52 %

A variante *Delta*, devido à sua elevada transmissibilidade, começa a disseminar-se pela Europa a partir do início de junho. Portugal e o Reino Unido são os primeiros países europeus afetados com um aumento do número de casos e, em meados de junho, são os dois países com maior incidência na Europa. No final desse mês, a variante *Delta* já é dominante em ambos os países. Passada uma semana, outros países da Europa, como Espanha e França, começam a sentir o efeito desta variante (figura 26). Países como Itália, Alemanha e Israel só sentirão o impacto da variante *Delta* em fases posteriores. Por esta altura, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças estima que 70% das novas infeções por SARS-CoV-2 sejam causadas por esta variante na União Europeia/Espaço Económico Europeu até ao início de agosto e 90% das infeções até ao final desse mês (ECDC, 2021). À medida que a *Delta* se vai propagando pela Europa, a mortalidade vai aumentando, mas com uma dimensão bastante inferior à que assistimos no passado (gráfico B da figura 26).

No que diz respeito à vacinação, no início de julho, a maioria destes países europeus apresenta uma cobertura vacinal superior a 30% (Figura 27), o que permite uma redução da gravidade da doença. Sublinhe-se que a população mais vulnerável foi sempre prioritária e isso constitui uma grande proteção. Por outro lado, o processo de vacinação em Israel está praticamente estagnado, vacinando apenas 2% da sua população entre 27 de maio e 25 de julho.

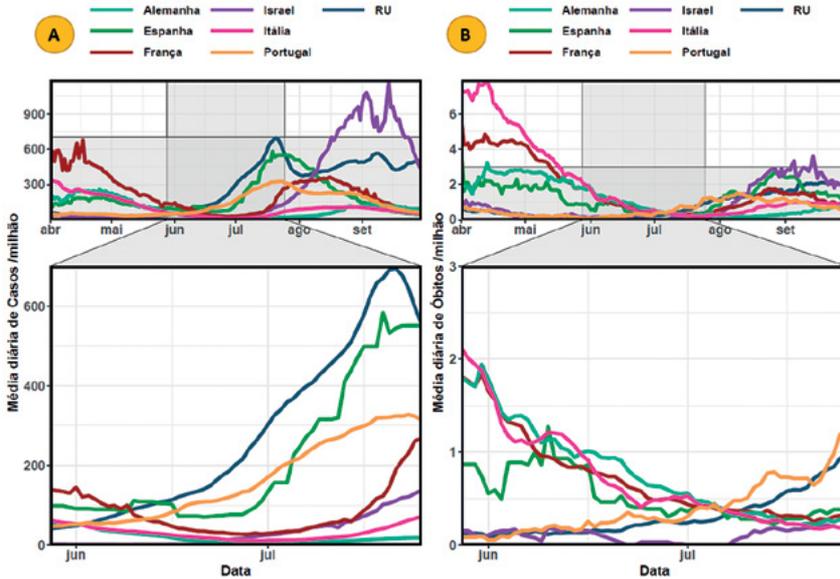


Figura 26 Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 28 de maio e 25 de julho de 2021 em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

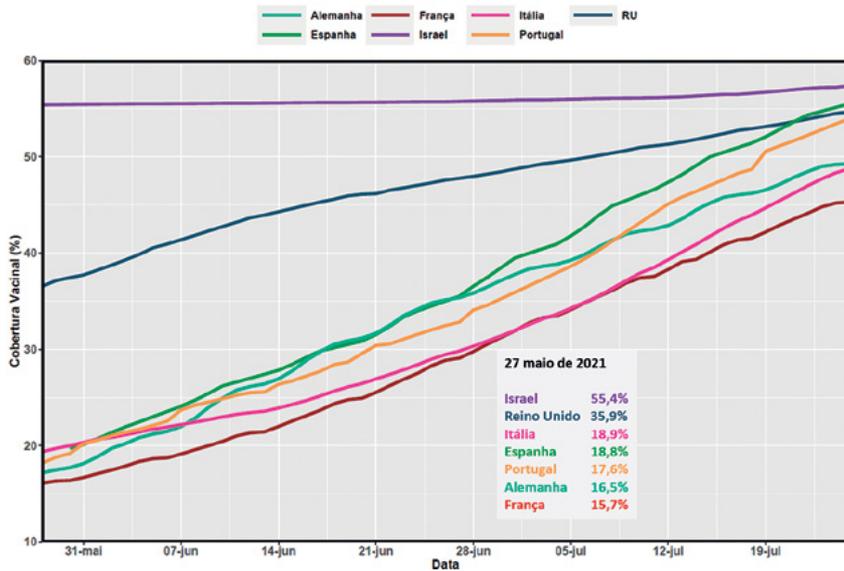


Figura 27 Evolução da cobertura vacinal, entre 28 de maio e 25 de julho de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

3.2.4. Uma monitorização que suscita mais precauções

Face a esta situação, estávamos muito atentos aos dados epidemiológicos de Portugal e de zonas críticas. Neste período, apresentamos dois relatórios de monitorização. Um que incide no período de 1 a 22 de junho, outro que abrange o período até 7 de julho.

Começamos pelo primeiro. Como já vimos, Portugal assistia a um agravamento da sua situação epidemiológica. A variante *Delta* disseminava-se. Este fenómeno era mais predominante na região de Lisboa e Vale do Tejo, com tendência de proliferação pelo território nacional (DGS & INSA, 2021). A incidência concentrava-se em camadas etárias mais jovens: entre os 10 e os 39 anos (sobretudo entre 20-29). Num breve retrato das semanas anteriores, as hospitalizações estavam a aumentar com particular relevância nos grupos etários a partir dos 30, situando-se o maior crescimento percentual entre os 30 e os 39 anos. Os internamentos em UCI também registam uma subida, sobretudo entre os 40 e os 69 anos.

Eis-nos perante um cenário que levantava vários alertas.

Tabela 18 Conjunto de alertas relativos à situação epidemiológica de Portugal durante o mês de junho.

Alertas

- Número de novos casos acumulados por 100 mil habitantes nos últimos 14 dias é de 128, com tendência crescente a nível nacional. Regiões com incidências superiores à incidência nacional: Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (232), Algarve (172) e Região Autónoma dos Açores (R.A.A) (173);
- R_t nacional acima de 1 (1,18) e em todas as regiões de saúde, sugerindo uma tendência crescente. Crescimentos mais acentuados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com R_t de 1,23 e Algarve com R_t de 1,30;
- Tendência crescente no número de doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com ocupação de camas a 41% do valor de referência (245);
- A ocupação de camas em contexto hospitalar e em Unidades de Cuidados Intensivos em LVT por COVID-19 é de 82% do valor de referência regional (84);
- Taxa de positividade de 2,1%, com aproximação recente ao valor de referência de 4%;
- Atraso de notificação de casos confirmados nos 9,6%;

- Entre os dias 10 e 16 de junho de 2021, 83% dos casos notificados foram isolados em menos de 24 horas após a notificação e 78% dos respectivos contactos foram rastreados e isolados no mesmo período, ambos abaixo do valor de referência de 90%;
- Progressão sustentada da variante *Delta*, mais transmissível e mais resistente à vacinação.

Neste tempo, seguíamos com atenção o Reino Unido. Com vista à imunização do maior número possível de pessoas antes da disseminação da variante *Delta*, além do adiamento do processo de desconfinamento, o Reino Unido adotou nas zonas mais afetadas as seguintes medidas: recomendação de restrição de mobilidade não essencial; testagem massiva, proativa e gratuita (recomendação de rastreio bissemanal, testagem em casa oferecida por militares); reforço de meios para a vacinação.

Neste nosso primeiro relatório de junho, sugerimos manter a mesma matriz de risco (incidência de novos casos por 100 mil habitantes dos últimos 14 dias; e o $R(t)$, o índice de transmissibilidade da COVID-19 (Coutinho, 2021)), uma vez que esta tinha permitido a deteção e uma ação precoce, prévia a um efeito nos internamentos e consequente resposta no SNS. O aumento da incidência e do R_t a nível nacional deveria constituir também um alerta. Neste contexto, a nossa proposta era a de não avançar para a fase seguinte do desconfinamento e apostar antes na testagem, vacinação, redução da mobilidade e das interações sociais e até recuo dos patamares de risco com agravamento das medidas de restrição nos concelhos com incidência acima de 240 por cada 100 mil habitantes onde as medidas anteriores não estivessem a ser eficazes.

As nossas recomendações tinham uma extensão para vários campos. Por exemplo, para a vacinação cujo processo convinha apressar. A 22 de junho de 2021, Lisboa era o concelho com menor taxa de vacinação e maior taxa de incidência. Por outro lado, o esquema vacinal de uma só toma para utentes recuperados da infeção por COVID-19 conflituava com as exigências de alguns países que apenas abriam portas a quem tivesse duas tomas. E isso teria de ser rapidamente esclarecido. Seria também importante promover a utilização do certificado verde para aceder a eventos sociais, desde que se garantisse a gratuitidade da testagem de forma a assegurar a equidade no acesso. Isso não implicaria a exclusão de proteção individual,

nomeadamente a distância e a utilização da máscara em situações de aglomeração ou ambientes fechados. Em espaços não controlados, era preciso travar aglomerações, fixar um número de pessoas por metro quadrado e em espaços fechados seria importante monitorizar a qualidade de ventilação.

Estávamos no verão, tempo mais propício ao lazer, sobretudo às viagens que implicavam o cruzamento de regiões com diferentes níveis de risco. Havia riscos nessa grande mobilidade territorial e seria ideal que a população nos acompanhasse nessas preocupações. Assim, propúnhamos ações de testagem voluntárias, acessíveis e gratuitas. Entre o levantamento feito a 22 de junho e o de 7 de julho, há um aumento considerável da incidência, numa circunstância em que a variante *Delta* acrescenta cerca de 60% de transmissibilidade adicional à *Alpha* (que já havia adicionado perto de 50% em relação à versão inicial do SARS-CoV-2 (Mishra, 2021)). Isso poderia exigir retrocessos no processo de desconfinamento para evitar a sobrecarga do SNS, mesmo num contexto favorável de vacinação. Se, por um lado, nos preparávamos para abrir um capítulo promissor, parecia que ainda estávamos num momento de um certo regresso ao passado recente com uma incerteza relativamente a vários aspetos da evolução e gestão da doença. Acresce a isto uma dimensão secundarizada: a sobrecarga funcional, económica, social e psicológica associada ao acompanhamento da chamada “*long COVID-19*”.

No que diz respeito ao certificado digital, éramos favoráveis à respetiva apresentação para aceder a espaços públicos com exigência de vacinação completa ou de testagem. Para os não vacinados, deveria ser possível apresentar teste negativo realizado 48 a 72 horas antes dos eventos (de acordo com o teste utilizado e as orientações da DGS). Era ainda importante que o teste pudesse ser realizado sem custos para os utentes. Evidentemente, a posse do certificado digital não deveria excluir outras medidas de proteção individual.

Por muito cansados que estivéssemos, por muitas saudades que sentíssemos de um grande evento, era um imperativo manter o controlo e a atenção a contextos de supertransmissão. A fadiga pandémica, a dessensibilização decorrente do convívio prolongado com a COVID-19 e o excesso de confiança nas vacinas podiam levar cada um de nós a baixar a guarda. E isso poderia ser fatal. Os políticos deveriam ser sensíveis a isso.

3.2.5. As decisões impostas pela *Delta*

Apesar de o Presidente da República ter assegurado que o desconfinamento não voltaria mais para trás (Lusa, 2021), a variante *Delta* começou a travar o otimismo dos decisores políticos. E, a 24 de junho, em Conselho de Ministros, o Governo trava o processo de libertação do país, estendendo o regime de calamidade até 11 de julho. Nesse mesmo dia, participando nas celebrações da batalha de São Mamede em Guimarães, o Presidente da República considerou importante fazer o alerta para evitar o descontrolo da pandemia, mas acrescentou que não deveríamos alarmar, nem radicalizar medidas. No entanto, não era esse o posicionamento do Governo. Em conferência de imprensa, a ministra da Presidência, Mariana Vieira da Silva, disse que Portugal estava na linha vermelha da matriz de risco, pelo que não era possível avançar no desconfinamento. Por agora, as medidas de restrição continuarão a vigorar. Em 28 concelhos, que se encontram em risco elevado e muito elevado, as medidas apertam. No topo dessa lista, encontra-se o concelho de Lisboa, onde a situação é preocupante. Para o primeiro fim de semana de julho, renova-se a proibição de sair e entrar na Área Metropolitana de Lisboa entre as 15h30 de sexta-feira e as 6h da manhã de segunda. Estava dado um sinal inequívoco de que iniciaríamos o verão com maior cautela. Na semana seguinte, a 1 de julho, o Governo decide, em Conselho de Ministros, insistir na mesma proibição de circulação para a AML e faz-se esta recomendação aos 45 concelhos de risco elevado e muito elevado: “os cidadãos devem abster-se de circular em espaços e vias públicas e permanecer no respetivo domicílio no período compreendido entre as 23h e as 05h00”. Esta espécie de recolher obrigatório, que afeta quase quatro milhões de portugueses, não é formalmente adotada, mas, mesmo assim, divide alguns constitucionalistas (Borges, 2021). O concelho de Lisboa continua a ser considerado de risco muito elevado e, a partir dessa semana, o concelho do Porto passa a integrar a lista dos concelhos de risco elevado.

As vacinas são uma arma poderosa de combate à pandemia. No início de julho, procura-se intensificar o ritmo de inoculação e a *task-force* anuncia que quer vacinar 850 mil pessoas por semana. A 4 de julho, arranca a vacinação para os jovens entre os 18 e os 29 anos, uma franja etária mais disponível para os convívios e, por isso, mais susceptível de (se) contaminar. Por esta altura, os *media* noticiosos dão conta de várias festas ilegais entre os jovens e o próprio primeiro-ministro sente mesmo necessidade de apelar à responsabilidade nesta nova vaga da pandemia. A 8 de julho, em Conselho de Ministros, o Governo centra a sua estratégia na vacinação e na testagem, alargando as funções do certificado digital COVID-19, que passa a funcionar

como um passaporte de acesso a restaurantes, desde as 19h de sexta-feira até às 22h30 de domingo e também aos feriados, nos concelhos de risco elevado ou muito elevado, que, na altura, somavam 60. O certificado (assim como os testes) serve também de acesso a hotéis. Os autotestes passam a ser vendidos em supermercados. A partir de 8 de julho, cai a restrição de entrada e saída da capital aos fins de semana. Não havia razão para tal limitação, já que a variante *Delta* estava disseminada por todo o país. Nessa reunião, decidiu-se um conjunto de medidas importantes para o verão: a apresentação de teste negativo ou certificado de vacinação para acesso quer a estabelecimentos turísticos ou de alojamento local, quer ao interior de restaurantes à sexta-feira a partir das 19h, sábados, domingos e feriados.

O registo de preocupação do Governo começa a aliviar a partir da segunda quinzena de julho. No dia 16 de julho, o *Diário de Notícias* publica uma peça com as declarações da ministra da Presidência, Mariana Vieira da Silva, que intitula “Covid. O pico da pandemia já passou? Para o Governo parece que sim” (Henriques, 2021). No entanto, não se tomam medidas nesse sentido. Opta-se por esperar pela reunião do Infarmed e pelas recomendações dos peritos. O encontro está agendado para 27 de julho. No entanto, uma semana antes, a 21 de julho, o Conselho de Ministros atualiza as listas de risco elevado e muito elevado e alarga o número de concelhos aí integrados. No dia seguinte, o jornal *Público* escrevia: “cerca de 80% da população de Portugal continental, o que corresponde a aproximadamente 7,7 milhões de portugueses, passa a estar proibida de circular na rua entre as 23h e as 5h”. A liberdade tardava em chegar neste verão de 2021. Mas haveria de chegar...

3.3.

Aliviar medidas num verão mais sereno

A reunião do Infarmed estava quase a chegar. Nos dias que antecederam o encontro dos peritos, as notícias pareciam finalmente boas. A situação na região de Lisboa e Vale do Tejo estava a ficar controlada. No Norte, tudo parecia mais calmo. No Algarve também. É verdade que a incidência do país ainda se apresentava elevada, mas a taxa de vacinação progredia a bom

ritmo e a taxa de mortalidade estava a baixar e isso dava-nos confiança para aliviar as medidas restritivas. Era nesse sentido que iríamos avançar.

3.3.1. Um plano para que as férias se concretizem com (alguma) normalidade

À nossa frente, dois desafios: o controlo do período do verão, sobretudo do mês de agosto, altura de férias por excelência; e a preparação do período pós-férias. A 27 de julho, chegamos ao Infarmed munidos de uma proposta que assentava em quatro novos níveis, definidos em função da cobertura vacinal (tabela 19):

- 1.º nível: entre os 50 e os 60%;
- 2.º nível: entre os 60 e os 70%;
- 3.º nível: entre os 70 e os 85%;
- 4.º nível: acima dos 85%.

A progressão far-se-á de um nível para o outro desde que a taxa de vacinação seja alcançada e se mantenham os valores monitorizados (incidência e hospitalização dentro da matriz de risco). À data da apresentação desta proposta, Portugal estava com 52% da população vacinada com duas doses. Mas poderia chegar ao final de setembro com a vacinação completa.

À data deste plano, estávamos no nível V1. A nossa proposta ia no sentido de sugerir, por exemplo, que no interior dos restaurantes só poderiam estar no máximo 6 pessoas por mesa. Nos transportes públicos, táxis e TVDE, seria preciso haver sistemas de ventilação e de climatização adequados. Se tal não fosse possível, as janelas deveriam estar abertas. A utilização de máscaras mantém-se, bem como a necessidade do distanciamento físico. Eventos de grande dimensão em espaços interiores, incluindo casamentos e batizados, continuam obrigados a manter a capacidade máxima do espaço nos 50%; na praia e no campismo, a máscara deveria ser usada em espaços comuns (por exemplo, balneários) ou quando houvesse aglomerações de pessoas de agregados familiares diferentes. Passando para o nível V2, a máscara passa a ser dispensada nos espaços ao ar livre, desde que se mantenha o distanciamento físico, mas o seu uso deve permanecer em espaços públicos fechados – como centros comerciais ou concertos.

Tabela 19 Algumas medidas propostas no plano de desconfinação de 27 de julho. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinação* para tabela completa

Tipo de Atividade		Nível V4	Nível V3	Nível V2	Nível V1
		>85% de vacinação completa	>70% <85% de vacinação completa	>60% <70% de vacinação completa	>50% <60% de vacinação completa
		Valores monitorizados estão dentro da matriz de risco			
Medidas que devem vigorar em todos os níveis		<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados; • Utilização do certificado digital por rotina nos espaços públicos; • Auto-avaliação de risco. 			
Regras gerais por nível		Promoção de atividades em exterior ou remotamente, sempre que possível; Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m ² Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; Evitar todas as situações não controladas de aglomeração populacional.			
Sector escolar		Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.			
Atividade Laboral em geral		Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais. Sempre que possível, manter o desfasamento de horários e o teletrabalho.			
Comércio e Retailho		Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.			
Restauração e similares (bares incluídos)		Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação nos espaços interiores - máximo de 8 pessoas na mesma mesa. Sem limitação no exterior.		Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 15 pessoas juntas).	Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 10 pessoas na mesma mesa).

A capacidade máxima em eventos de grande dimensão em espaços interiores, por exemplo, casamentos e batizados, aumenta para 75%.

No nível V3, uma mesa no interior dos restaurantes poderá ter 8 pessoas e deixa de haver limite de clientes por mesa nos serviços de esplanada. Nos eventos de grande dimensão em espaços interiores (por exemplo, casamentos e batizados), não há restrições em termos de capacidade máxima. Quando for atingido o nível V4, todas as medidas de restrição serão levantadas, sem nunca esquecer a possibilidade de retrocesso, conforme a avaliação da situação epidemiológica.

Nesta reunião, fizemos propostas específicas em relação à promoção da qualidade do ar interior, em colaboração com dois engenheiros do Instituto de Ciência e Inovação em Engenharia Mecânica e Engenharia Industrial, que incluem a instalação de sensores de CO₂ em todos os espaços com elevada taxa de ocupação ou permanência longa (como espaços de restauração, salas de aula, centros comerciais). Para evitar a acumulação de ar exalado no interior e reduzir o risco de transmissão do SARS-CoV-2, a concentração de CO₂ deve ser mantida abaixo dos 800 ppm. Acima desse valor, a ventilação deve ser reforçada, a atividade interrompida e/ou a lotação reduzida, a fim de baixar a concentração de CO₂.

Para a autoavaliação de risco, deixamos um alerta quanto a fatores que aumentam e reduzem o risco.

Tabela 20 Autoavaliação do risco. Fatores que aumentam e reduzem o risco.

Fatores que aumentam o risco	Fatores que reduzem o risco
<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação incompleta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação completa;
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto regular com crianças e/ou pessoas não vacinadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar o contacto com pessoas com sintomas sugestivos de COVID-19;
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de espaços com aglomeração de pessoas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentar sobretudo espaços abertos com poucas pessoas;
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de fatores de risco para formas graves de doença por COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter um círculo social restrito de contactos presenciais; • Manter regularmente distanciamento em relação a outras pessoas e adotar regularmente o uso da máscara, sobretudo em ambientes fechados, e quando em contacto com pessoas fora do círculo familiar e social restrito ou em situações onde a distância não é uma medida fácil de cumprir.

Para assegurar uma boa capacidade de admissão em enfermaria e em UCI, propusemos parcerias com entidades privadas e sociais, de forma a garantir a resposta não COVID-19. Estas medidas tiveram como exemplo iniciativas que já eram promovidas em algumas regiões.

Nesta reunião do Infarmed, sentia-se um ambiente de algum otimismo. E isso abria perspectivas para um verão mais descontraído, embora houvesse uma forte recomendação da nossa parte para a promoção das medidas de proteção individual. Agora que chegou a hora de sair, finalmente, de casa mais à vontade, os cidadãos tinham de estar conscientes da sua responsabilidade. Neste encontro, outros especialistas deixaram mais propostas para aliviar o pesado clima de constrangimentos que durante tanto tempo se abateu sobre cada um de nós. Assim, foi sugerido que o limiar de risco da incidência passasse dos 240 para os 480 casos por 100 mil habitantes a 14 dias e o limite de ocupação em UCI das 245 camas para as 255 camas.

Aí estava um conjunto de sugestões que permitia um avanço na decisão política.

3.3.2. Ordem para reabrir o país rumo à liberdade

No fim da reunião do Infarmed, o Presidente da República não tinha hesitado em se apresentar como “irritantemente otimista”, uma expressão mais comum do primeiro-ministro. Também os partidos se juntaram num raro consenso nas declarações aos jornalistas. Todos aqueles que falaram exprimiram uma posição favorável ao avanço mais determinado do desconfinamento. E isso, de certa forma, respaldava a decisão do Governo. Assim, com as férias à porta, o primeiro-ministro surgiu, a 29 de julho, para anunciar novas medidas que entrarão em vigor a partir de 1 de agosto. Em conferência de imprensa, António Costa disse que esta seria a altura para o país “passar a conduzir a gestão da pandemia em função de um critério fundamental que é a taxa de vacinação” (Santiago & Curvelo, 2021). Estava aqui espelhado o plano que apresentamos e isso deixava-nos naturalmente confiantes. No nosso trabalho e no sucesso destes próximos passos.

Para este terceiro período do desconfinamento, o Governo fixava três fases (tabela 21):

- Fase 1: a partir de 1 de agosto, quando 57% da população estaria vacinada;

- Fase 2: começaria quando 70% da população tivesse a vacinação completa, o que se prevê que aconteça em início de setembro;
- Fase 3: iniciar-se-ia quando 85% da população tivesse a vacinação completa, atirando-se essa data para outubro.

Na primeira fase, comércio, restauração, casamentos, batizados e espectáculos culturais voltam aos horários normais, tendo, todavia, de encerrar às 2h e de cumprir as regras da Direção-Geral da Saúde. As restrições por concelho e o recolher obrigatório às 23h nos municípios de risco elevado e muito elevado terminam. O fim dessa diferenciação é assim justificado pelo primeiro-ministro: “a taxa de vacinação é hoje sensivelmente homogénea em todo o território; a atual variante *Delta* é predominante em todo o território; e (temos agora) a entrada num período de grande mobilidade interconcelhia e inter-regional devido às férias” (Lusa, 2021). O teletrabalho deixa de ser obrigatório. No entanto, o consumo de álcool na via pública continua a ser proibido e há atividades que continuam sem autorização para abrir, como os bares e as discotecas. Quanto à obrigatoriedade do uso de máscara na rua, o primeiro-ministro disse que tal só acontecerá quando for impossível manter o distanciamento. “Quando as pessoas estão sozinhas, não há ninguém na rua ou só com pessoas com quem convivem habitualmente em casa, então não usam máscara” (Dantas, Borges & Neves, 2021). No entanto, o uso obrigatório da máscara apenas chega formalmente ao fim a 12 de setembro, dia em que caduca o último diploma aprovado pelo Parlamento e promulgado pelo Presidente da República. Essa obrigação durou 318 dias, desde a aprovação da lei, a 28 de outubro de 2020, e foi sendo sucessivamente renovada pela Assembleia da República, o que não acontecerá a partir desta data.

Atingida a 18 de agosto a meta de 70% da população residente em Portugal vacinada integralmente contra a COVID-19, o Governo decide antecipar a segunda fase do desconfinamento deste período. Assim, em vez de arrancar a 5 de setembro, inicia-se a 23 de agosto, data a partir da qual Portugal deixa de estar em estado de calamidade e passa a estado de contingência.

O verão desenrolava-se de forma tranquila.

3.3.3. Menos infeções, menos internamentos e menos mortes

A 26 de julho, mais de metade (52%) da população portuguesa e quase a totalidade dos idosos tinham a vacinação completa contra a COVID-19

Tabela 19 Algumas medidas propostas no plano de desconfinamento de 27 de julho.
Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para tabela completa

Cobertura Vacinal	Data	Medidas de reabertura
≥ 50%	1 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminam-se as limitações à circulação na via pública a partir das 23h; • Mantêm-se as regras atuais referentes a medidas sanitárias e de saúde pública; • Reabre-se a generalidade das instalações e estabelecimentos que estavam encerrados, com exceção das discotecas, salões de dança ou de festa ou outros locais ou instalações semelhantes, e dos desfiles e festas populares ou manifestações folclóricas ou outras de qualquer natureza; • Os bares e outros estabelecimentos de bebidas sem espetáculo, com sujeição às regras estabelecidas para o setor da restauração e similares, de acordo com as orientações elaboradas pela DGS; • Teletrabalho passa a ser recomendado em todo o território nacional, sempre que as funções em causa o permitam; • Estabelecimentos de restauração e similares ou os equipamentos culturais e desportivos passam a funcionar até às 2h, ficando excluído o acesso ao público para novas admissões a partir da 1h; • Nos restaurantes, passa a aplicar-se a regra do máximo de 6 pessoas por mesa no interior ou 10 pessoas nas esplanadas; • Passam a ser aplicáveis em todo o território nacional as regras de testagem ou apresentação de certificado para efeitos de serviço de refeições no interior dos estabelecimentos de restauração, aos sábados, domingos e feriados, bem como às sextas-feiras a partir das 19h; • Apresentação do certificado ou de um teste com resultado negativo para o acesso a estabelecimentos de jogos de fortuna ou azar, casinos, bingos ou similares e a termas, spas ou estabelecimentos turísticos ou de alojamento local; • Permitida em todo o país a prática de atividade física ao ar livre e em ginásios e academias, sendo que, para a realização de aulas de grupo, passa a ser necessária a apresentação de certificado ou de um teste com resultado negativo.
≥ 70%	23 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurantes, cafés e pastelarias passam ter limite máximo de 8 pessoas por grupo no interior e 15 pessoas por grupo em esplanadas; • Lojas de Cidadão sem marcação prévia; • Espetáculos culturais em recintos de natureza fixa com 75% de lotação; • Transportes públicos sem lotação; • Eventos familiares (nomeadamente casamentos e batizados) passam a ter limite máximo de 75% da lotação.
≥ 85%	outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurantes, cafés e pastelarias sem limite máximo de pessoas por grupo, quer no interior quer em esplanadas; • Estabelecimentos e equipamentos sem limites de lotação; • Espetáculos culturais sem limites de lotação; • Eventos familiares (nomeadamente casamentos e batizados) deixam de ter limites de lotação; • Bares e discotecas reabrem atividade habitual mediante apresentação de certificado ou de um teste com resultado negativo.

(DGS, 2021). Perante isto, a situação epidemiológica começa a melhorar, iniciando-se uma trajetória descendente no número de casos. A partir de 6 de agosto, cinco dias depois de iniciada a primeira etapa da terceira parte do desconfinamento, a tendência no número de novos casos passa a ser estável, com uma média a rondar os 2300 casos diários, mantendo-se esse registo durante 20 dias. A 26 de agosto, os casos voltam a cair até 15 de setembro, altura em que se regista uma média de 1090 casos diários (gráfico A da figura 28).

As hospitalizações apresentam uma tendência decrescente durante este período, mas com dois ritmos diferentes, um mais acelerado, entre a primeira e a segunda etapas do desconfinamento (2 de agosto a 24 de agosto) e um ligeiramente mais lento, num tempo posterior. Entre 2 e 24 de agosto, a média diária do total de internados e internados em UCI decresce mais de 30%, passando, respetivamente, de 932 e 201 para 701 e 146 (gráficos C e D da figura 28). Posteriormente, entre 24 de agosto e 15 de setembro, as hospitalizações decrescem mais de 20%, registando-se, no final deste período, uma ocupação média de 564 camas, das quais 120 em UCI.

Nos óbitos, há um ligeiro aumento até 9 de agosto, ainda consequência da última onda, mas nunca ultrapassando a média de 15 mortes diárias. Mais tarde, a tendência na mortalidade passa a decrescente. A 15 de setembro, a média diária é inferior a uma dezena de óbitos (gráfico B da figura 28).

Nesta onda, a maioria dos países da Europa atinge o seu pico de casos entre o final de julho e início de agosto. A partir daí, iniciam uma trajetória descendente no número de infeções, com exceção do Reino Unido, que mantém uma tendência estável. Nesta fase, na Alemanha, o impacto da variante *Delta* é reduzido e só será sentido mais tarde, no final do ano. Israel, ainda líder mundial na vacinação, começa no final de julho a ser dominado pela variante *Delta* com um ritmo de crescimento de casos muito acelerado, atingindo, a 14 de setembro, uma média diária de 1187 casos por milhão de habitantes (gráfico A da figura 29). Em relação à mortalidade, destaca-se novamente Israel, com tendências crescentes muito acentuadas no número de óbitos durante todo este período (gráfico B da figura 29).

Relativamente à vacinação, o cenário é diferente. O Reino Unido, uma das referências europeias no processo de vacinação em fases anteriores, diminui o seu ritmo de administração de vacinas e é ultrapassado por outros países da Europa, como Portugal e Espanha, e mais tarde, a 15 de setembro, por Itália. Em Israel, a vacinação continua estacionária, vacinando-se apenas 2,6 % da população neste período.

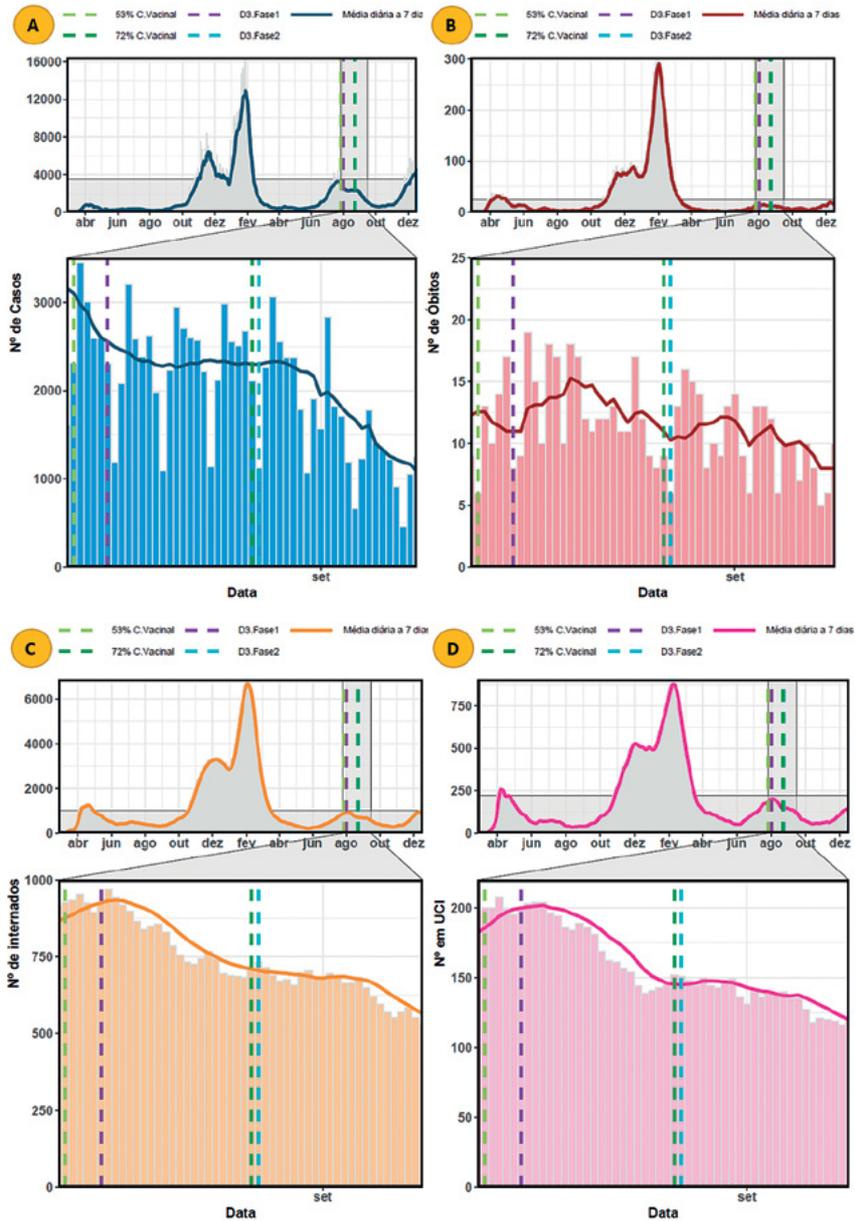


Figura 28 Evolução diária do número casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 26 de julho e 16 de setembro de 2021. “D3” e “C.vacinal” são a abreviatura de “Desconfinamento parte 3” e “Cobertura vacinal”. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

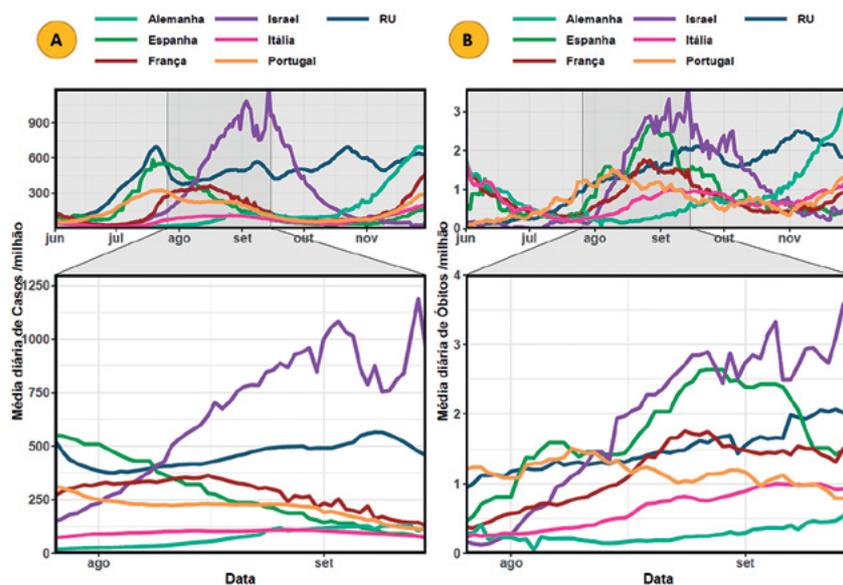


Figura 29 Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 26 de julho e 15 de setembro de 2021 em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

No início desta fase, Portugal apresenta uma cobertura vacinal de 57%. No entanto, o ritmo de administração de vacinas em Portugal continua a acelerar (figura 30). Passado um mês, a 26 de agosto, ocupa o 2.º lugar na Europa com o maior número de pessoas completamente imunizadas, apenas atrás de Malta.

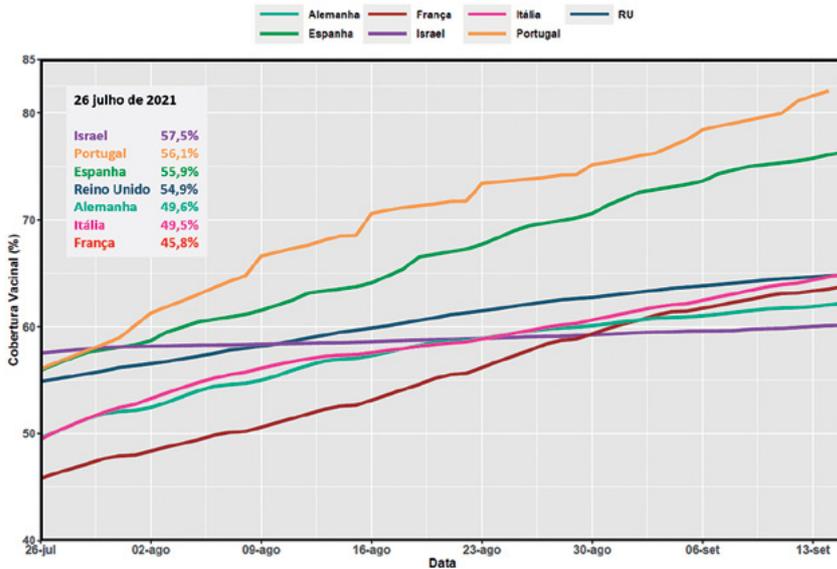


Figura 30 Evolução da cobertura vacinal, entre 26 de julho e 15 de setembro de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

A 12 de setembro, já é líder mundial (excluindo países com menos de 500 mil habitantes), com uma cobertura de 80%. Nesta altura, a esmagadora maioria da população adulta portuguesa e mais de metade dos jovens não adultos com mais de 12 anos já se encontram totalmente vacinados (tabela 22).

Tabela 22 Cobertura vacinal em Portugal por grupo etário a 1 de agosto e a 12 de setembro de 2021. Fonte: Relatório de vacinação da DGS. (DGS, 2021)

Vacinação completa		
Grupo etário	1 de agosto de 2021	12 de setembro de 2021
12 – 17	0 %	52 %
18 – 24	12 %	74 %
25 – 49	50 %	88 %
50 – 64	86 %	97 %
65 – 79	96 %	100 %
≥ 80	96 %	100 %
População Total	57 %	80 %

3.4.

Da liberdade para a responsabilização

Com uma certa tranquilidade, mas não ignorando que o vírus não tinha ido embora: assim saímos do verão e fizemos a *rentrée* na escola, no trabalho e, de forma genérica, na vida de todos os dias. Decisores políticos e autoridades sanitárias multiplicavam no espaço público (mediático) mensagens de confiança. Três dias antes da reunião do Infarmed, a diretora-geral da

Saúde, numa conversa com os leitores do jornal *Público*, fala numa eventual mudança das regras de isolamento profilático, dizendo que essa alteração dependerá sempre da conjunção dos seguintes fatores: vacinação, evolução da epidemia, entrada no inverno e, muito importante, o não surgimento de uma nova variante com competência para substituir a *Delta* (Ferreira, 2021). Caso tudo decorresse sem atropelos, Graça Freitas assegurava que, a breve prazo, o foco passaria a ser a doença e não tanto a infeção. Num quadro temporal que se espera de alguma normalidade, prevê-se mexer na periodicidade diária dos Boletins Epidemiológicos, aumentando o intervalo dessas publicações. “Vamos libertar os portugueses desta carga que é recordar todos os dias quantos casos, quantos internamentos, porque isso também dá um peso à nossa vida”, diz Graça Freitas, vaticinando: “Vamos tender a voltar à nossa vida como era em 2019” (Ferreira, 2021). Em semanas, uma nova variante colocaria tudo isto por terra. Mas este é ainda um tempo de quietude.

3.4.1. Um plano a responsabilizar os cidadãos pela gestão do risco

Tendo como referência a situação presente, mas de olhos postos no outono e no inverno: foi deste modo que construímos a proposta a apresentar no Infarmed, no dia 16 de setembro, que colocou no centro do plano a responsabilização dos cidadãos. Desta vez, tudo assentava na manutenção ou na melhoria dos indicadores (incidência, tendência, taxa de hospitalizações e letalidade) como condição *sine qua non*. Todavia, fixam-se dois sentidos: um sentido que apontava para a redução das medidas restritivas perante a contínua melhoria e outro sentido que previa o agravamento. Como dissemos na reunião do Infarmed, “a pandemia não terminou. Não entrámos numa fase de cancelamento das medidas, mas numa fase em que cada pessoa e cada instituição se responsabilizam pela gestão do risco”.

Os planos que fizemos procuraram sempre equilibrar as medidas de saúde pública com os respetivos impactos psicológico, social e económico. A grande preocupação agora era a de investir nessa recuperação e na reconquista da normalidade, assumindo um risco epidemiológico controlado. O expressivo grau de imunidade da população (o resultado da vacinação que progredia a bom ritmo) e o histórico de adesão comunitária às medidas de saúde pública permitiam o levantamento progressivo do respetivo carácter obrigatório das medidas adotadas. Deveríamos continuar a insistir nisso através de uma eficaz estratégia de comunicação.

Este retorno à “normalidade” far-se-ia sempre em função dos dados e não de datas, como era habitual. Nesta fase, os dados a considerar para a monitorização da doença e a tomada de decisões nesse percurso seriam, essencialmente, as formas graves de hospitalização (quer em enfermaria, quer em UCI) e a letalidade. Uma situação de conforto no retorno das atividades letiva/laboral e social durante o inverno apenas poderia ser alcançada por uma tendência de descida ou de manutenção dos valores atuais.

Convém sublinhar que neste momento não deixámos de colocar a possibilidade de agravamento dos indicadores epidemiológicos, apesar de estarmos a chegar a 85% de vacinação completa. Tínhamos de continuar a ser cautelosos. O tempo frio iria chegar em breve e a possibilidade de surgir uma nova variante teria sempre de ser ponderada em qualquer cenário. No entanto, essa não era a nossa realidade nessa altura. Daí falarmos num período de transição entre o regime de obrigatoriedade das medidas e um regime de responsabilidade cívica e organizacional. Uma maior capacidade de circulação e um menor grau de medidas restritivas teriam sempre de ser associados a uma maior responsabilização de todos.

Mesmo com a manutenção ou a melhoria dos indicadores monitorizados, defendemos as seguintes medidas gerais a serem implementadas em todos os contextos:

- autoavaliação de risco (individual e organizacional);
- utilização das medidas de prevenção individual e organizacional de acordo com a avaliação de risco (que podem incluir a exigência do certificado, teste, definição de lotação ou máscara, entre outras);
- recomendação para a adoção das medidas de proteção individual e ambiental em ambientes fechados e em espaços públicos nos quais não é possível manter o distanciamento;
- monitorização do CO₂, ventilação e climatização dos espaços fechados, devidamente fiscalizados.

Continuamos a insistir na importância de garantir, no imediato, a monitorização do CO₂ e a boa ventilação nos locais interiores, pelo menos naqueles associados a um maior risco: unidades residenciais para idosos, escolas, ginásios, bares e discotecas, estabelecimentos de restauração, transportes públicos, táxis e TVDE e outros ambientes fechados onde as atividades são passíveis de originar aglomeração ou contacto próximo (por exemplo, cabeleiros, estúdios de massagem e de estética, spas).

Tabela 23 Algumas medidas propostas no plano de desconfinamento de 16 de setembro. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para tabela completa.

Atividade	> 85% vacinação completa	Medidas em vigor (< 85% vacinação completa)
		
	Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar	Agravamento dos Indicadores monitorizados
	<p>Medidas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; • Autoavaliação de risco (individual e organizacional); • Utilização das medidas de prevenção individual e organizacional de acordo com a avaliação de risco (que podem incluir a exigência do certificado, teste, definição de lotação ou máscara, definição de circuitos de circulação, entre outras). • É fortemente recomendada a adoção das medidas de proteção individual e ambiental nos ambientes fechados e em espaços públicos nos quais não é possível manter o distanciamento 	<p>Medidas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; • Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e a respetiva adoção das medidas de proteção; • Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); • Promoção de atividades em exterior ou por via remota; • Cumprimento do distanciamento físico com definição do nº máximo de pessoas/m²; • Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados em eventos públicos; • Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional;
Setor Escolar	 Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais
Atividade Laboral	 Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais Sempre que possível manter o desfásamento de horários e o teletrabalho
Comércio e Retalho	 Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais
Restauração e Similares (bares incluídos)	 Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais

Nos transportes públicos e afins, continuamos a propor a utilização obrigatória da máscara. A evidência disponível em torno do risco associado aos transportes públicos, táxis e TVDE não era conclusiva, uma vez que grande parte dos estudos se refere a contextos de baixa cobertura vacinal. Havendo grande preocupação comunitária relativamente à exposição individual ao risco nestes contextos (constatada na auscultação comunitária feita por este grupo nos últimos meses), foi consensualmente estabelecida neste grupo de trabalho a recomendação da sua obrigatoriedade transitória. Esta medida reunia duas vantagens: contribuía para a pacificação social nesses contextos, uma vez que o recurso à máscara em função da perceção individual de cada um poderia aumentar a conflitualidade numa primeira fase; protegeria aqueles cidadãos que, vendo-se obrigados a utilizar os meios públicos de transporte para a realização das suas atividades quotidianas, consideram esse um contexto de alto risco, sentindo-se ameaçados pela proximidade de pessoas sem máscara, num ambiente fechado e, às vezes, por longos períodos de tempo (enquanto o nível de perceção de risco não se readequar à ampla cobertura vacinal).

Defendemos também o reforço da testagem que permitia uma fotografia real da situação epidemiológica no país e, consequentemente, a implementação das medidas de saúde pública. Era urgente promover a testagem voluntária e gratuita em locais validados (mesmo para as populações vacinadas) e ajustar as estruturas de testagem de acordo com a necessidade e epidemiologia local, garantindo que não há atrasos na identificação do caso sintomático, na realização do inquérito epidemiológico, na aplicação das medidas locais de saúde pública e no cumprimento efetivo dessas medidas. Com o objetivo de garantir o acesso à testagem a todas as populações, propomos a identificação das populações de maior risco nas quais deve incidir o rastreio. Como foi sempre uma regra na nossa estratégia, ninguém poderia ficar para trás.

Numa altura em que chegamos a uma cobertura vacinal de 85% da população portuguesa, o dever de apresentação generalizada do certificado digital para aceder às atividades sociais tornar-se-ia redundante, uma vez que apenas cerca de 4% dos residentes elegíveis para a vacinação estariam por vacinar (sendo que aproximadamente 11% da população tem menos de 12 anos e, nesta altura, este grupo não era elegível para vacinação). O dever de apresentação do certificado digital deveria, pois, ser mantido apenas em circunstâncias específicas de maior risco que justifiquem o acréscimo de multicamadas protetoras, como no controlo das fronteiras ou nos lares de idosos. Esse levantamento da obrigatoriedade universal de apresentação

do certificado digital para aceder às atividades sociais deve ser acompanhado de uma estratégia eficaz de comunicação que insista na necessidade de manutenção dos comportamentos de proteção. Tem de ficar claro que a vacina sozinha não impede totalmente a propagação do vírus.

Apesar de propormos a redução das medidas restritivas, mantemos alguns alertas em relação às populações mais vulneráveis. Numa altura em que se começa a falar da 3.^a dose de reforço da vacina para a COVID-19, propomos que se volte a priorizar os idosos. Continuamos também a sugerir que se mantenham medidas nas unidades residenciais para idosos, garantindo a segurança relativamente a quem chega do exterior, através da combinação rotineira entre o certificado digital, a testagem regular de funcionários e visitas e ainda as medidas de controlo de infeção (nomeadamente a ausência de queixas/sintomas) e respetivas auditorias. Mantém-se também a proposta da promoção, sempre que possível, do desfasamento de horários (laborais, escolares, ...), de forma a evitar grandes aglomerações de pessoas, assim como a testagem regular de alunos e professores como uma camada adicional de proteção.

Estamos a aproximar-nos do inverno, antecipa-se a sobreposição da infeção pelo SARS-CoV-2, a gripe e a infeção por outros vírus respiratórios. É preciso disseminar no espaço público mensagens que ajudem a aumentar o alerta para as semelhanças e diferenças entre os sintomas provocados pelos diferentes agentes e explicar os benefícios da vacina da gripe, de modo a aumentar a adesão à mesma pelos grupos elegíveis. Num cenário de agravamento, são já propostas medidas específicas para os contextos laborais (desfasamento de horários e teletrabalho) e eventos (só possíveis com o cumprimento das medidas gerais e com circuitos bem definidos). Como sublinhamos no Infarmed, “poderá ser preciso dar um passo atrás”.

3.4.2. As decisões para uma *rentrée* mais livre de restrições antes de um outono em alerta

A 16 de setembro, à saída da reunião do Infarmed, os partidos políticos alinharam num raro consenso ao defenderem que o país estava em condições de avançar para a fase seguinte do desconfinamento. Havendo o compromisso de que o fim das restrições aconteceria quando mais de 85% da população estivesse vacinada, todos disseram esperar que tal acontecesse até à primeira semana de outubro. O Presidente da República, embora também

reconhecesse que Portugal estaria agora numa nova fase, lembrou que esse levantamento de restrições nunca poderia implicar um relaxamento total da população.

Mas era de uma vontade férrea de regresso à normalidade que se fazia o dia a dia. Sentia-se isso nos cidadãos e nos governantes. Assim, tal como o previsto, a 23 de setembro, António Costa anuncia medidas para a última fase do desconfinamento que estava em curso no país e que entram em vigor a partir de 1 de outubro (Presidência do Conselho de Ministros, 2021):

- Abertura de bares e discotecas;
- Restaurantes sem limite máximo de pessoas por grupo;
- Fim da exigência de certificado digital ou teste negativo para acesso a restaurantes;
- Fim dos limites em matéria de horários;
- Fim dos limites de lotação, designadamente para:
 - Casamentos e batizados;
 - Comércio;
 - Espetáculos culturais.
- Certificado necessário para:
 - Viagens por via aérea ou marítima;
 - Visitas a lares e estabelecimentos de saúde;
 - Grandes eventos culturais, desportivos ou corporativos;
 - Bares e discotecas.
- Eliminação da recomendação de teletrabalho;
- Eliminação da testagem em locais de trabalho com mais de 150 trabalhadores;
- Fim da limitação à venda e consumo de álcool;
- Fim da necessidade de certificado ou teste nas aulas de grupo em ginásios;

- Obrigatoriedade de uso de máscara em transportes públicos, estruturas residenciais; para pessoas idosas, hospitais, salas de espetáculos e eventos e grandes superfícies;
- Continuação do uso de máscaras nos transportes coletivos de passageiros, incluindo o transporte aéreo.

Por esta altura, a máscara constitui-se já como uma espécie de extensão natural de nós próprios. Habituaamo-nos a usá-la, mas isso prendia-nos a uma certa ideia pandémica de que todos ansiavam soltar-se. E os decisores políticos foram sensíveis a isso, embora o legislador não tivesse optado por mudanças radicais. Segundo se escreve no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 78-A/2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021) de 29 de setembro, que altera as medidas excecionais e temporárias relativas à COVID-19, “o uso de máscara passa a ser obrigatório apenas para o acesso ou permanência a determinados ambientes fechados, podendo tal obrigação ser, no entanto, dispensada quando o seu uso se mostre incompatível com a natureza das atividades que os cidadãos se encontrem a realizar”. Ou seja, a partir de outubro, a máscara deixaria de ser obrigatória nos locais de trabalho, com exceção para quem trabalha em restaurantes e similares (como os cafés ou as pastelarias), em bares e discotecas e em estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços. Nos transportes públicos e em contextos sensíveis ou de grande aglomeração de pessoas, mantinha-se idêntica prudência.

No entanto, era importante libertar o país. Em várias frentes. Também na ligação com o exterior. Nessa linha, Portugal deixa de exigir isolamento profilático a quem chegue de outros países. Nas regras aplicáveis às viagens de avião, mantém-se a adoção do certificado de vacinação e recuperação, desde que as vacinas administradas sejam aquelas aprovadas pela Agência Europeia do Medicamento (Janssen, AstraZeneca, Moderna e Pfizer) e desde que se verifiquem “condições de reciprocidade”. Ou então impõe-se um teste negativo. No que diz respeito ao lazer, segue-se a mesma estratégia de pôr fim às restrições. A 26 de agosto, a DGS publica uma norma que levanta limitações à lotação dos recintos desportivos (DGS, 2021).

No encontro com os jornalistas para anunciar o fim das medidas de restrição, António Costa foi interpelado a falar de vacinas. A esse respeito, garantiu que os centros de vacinação não seriam desmantelados para o caso de haver necessidade de se administrar uma dose de reforço e, se tal ocorrer, esse processo deveria ser concluído até ao final de dezembro para aqueles com mais de 65 anos, uma franja etária que havia sido prioritária no início

da vacinação anti-COVID (Fonseca, 2021). E essa necessidade não tardou a fazer-se sentir.

Acompanhando o cenário vivido na União Europeia, Portugal começa a dar sinais de aproximação de perigo em finais de outubro. O Conselho de Ministros de 28 de outubro decide prolongar a situação de alerta até 30 de novembro e, no final da reunião, a ministra da Saúde declara aos jornalistas que a situação epidemiológica do país estava a apresentar “um agravamento”. Sintomático o facto de ter sido anunciada a abertura do autoagendamento para a toma da 3.^a dose da vacina contra a COVID-19 para os idosos com mais de 80 anos.

Os *media* noticiosos entram em novembro a anunciar que as infeções estão a aumentar. Em Portugal e em vários outros países, como a Alemanha, Áustria ou Países Baixos. Desta vez, as decisões políticas são mais céleres. A 2 de novembro, o primeiro-ministro holandês, Mark Rutte, anuncia várias medidas restritivas, incluindo o regresso ao uso obrigatório de máscaras em lojas e outros espaços públicos fechados. Em Portugal, procura-se acelerar a vacinação. A 3 de novembro, o secretário de Estado Adjunto e da Saúde anuncia que a dose de reforço “em breve” seria dada aos profissionais da saúde e do setor social (Lusa, 2021). Da Direção-Geral da Saúde ouvem-se alertas sucessivos. Graças Freitas diz que a pandemia não acabou e que “as medidas de proteção genéricas em vigor desde o início da pandemia devem ser seguidas de forma voluntária e com autorresponsabilização de todos” (Lusa, 2021). Sente-se uma preocupação, ainda que a cobertura vacinal que vai sendo atingida, sobretudo depois do verão, nos dê uma certa tranquilidade.

3.4.3. Portugal, o melhor país do mundo na cobertura vacinal

Portugal, a 16 de setembro, continua a ser o primeiro país do mundo (excluindo aqueles que possuem menos de 500 mil habitantes) com a maior cobertura vacinal completa (82%) (Our World in Data, 2021). Assim, no momento em que atingimos uma elevada cobertura vacinal, assistimos igualmente a uma diminuição da incidência, sobretudo nos grupos mais jovens, que têm sido os motores dos grandes picos. O número de infeções decresce até 7 de outubro, atingindo-se uma média de 570 casos diários e uma incidência nacional (acumulada a 14 dias por 100 mil habitantes) de 90 por 100 mil habitantes. No entanto, a partir deste momento, começa a sentir-se o efeito do desconfinamento iniciado a 1 de outubro, com a abertura de

discotecas e espaços de diversão noturna e o regresso às aulas. O número de casos começa a subir, duplicando no intervalo de um mês. A 18 de novembro, o número de infeções diárias é o triplo das registadas no início de outubro (gráfico A da figura 31).

O impacto da elevada cobertura vacinal em Portugal é evidente, sobretudo nos indicadores de gravidade, como o número de óbitos e de internamentos. As hospitalizações, tanto em enfermaria como em Unidades de Cuidados Intensivos, apresentam uma tendência decrescente desde meados de setembro até 24 de outubro. Por esta altura, a nível nacional, estão internadas por COVID-19 269 pessoas, das quais 52 em UCI. Posteriormente, entre 24 de outubro e 18 de novembro, as hospitalizações sobem mais de 90%. Contudo, esse aumento é menos acentuado nos internamentos em UCI (soma mais 38%). A 18 de novembro, regista-se uma ocupação de 523 camas, das quais 72 em UCI, um valor correspondente apenas a 28% do limiar de ocupação em UCI para casos de COVID-19 definido pelas linhas vermelhas (gráficos C e D da figura 31). A mortalidade tem um comportamento oscilatório durante este período, mas com valores muito reduzidos. A média de óbitos diária nunca ultrapassa uma dezena (gráfico B da figura 31).

Nesta fase, o aumento do número de casos não se traduz de forma equivalente em hospitalizações e óbitos. A benignidade da situação epidemiológica atual, em comparação com a mesma altura do ano passado, é devida, em parte, ao escudo protetor conferido pelas vacinas, que abrangem 88% da população portuguesa a 18 de novembro.

Por esta altura, vários países europeus, como Espanha, França e Itália, apresentam uma situação epidemiológica similar a Portugal com baixo número de infeções e óbitos e com tendências estáveis (gráfico A e B da figura 32). Em meados de outubro, a Alemanha, ainda com uma cobertura vacinal relativamente baixa (figura 33), começa a sentir os efeitos da variante *Delta*, registando uma tendência crescente tanto no número de infeções como no número de mortes, somando, a 18 de novembro, 536 casos e 2,3 mortes por milhão de habitantes. Israel, muito afetado na fase anterior, consegue uma melhoria da sua situação, exibindo uma trajetória descendente no número de casos e óbitos. Nesta fase, o Reino Unido continua com uma certa estabilidade na incidência e na mortalidade, mas numa dimensão superior aos restantes países representados na figura 32. É importante notar que o Reino Unido, no início deste período que começa a 16 de setembro, é o país, deste grupo (Espanha, Reino Unido, Alemanha, Portugal, Itália, França e Israel), com menos medidas restritivas (Ritchie et al., 2020) e já não é mais a referência na vacinação primária que tinha conquistado num passado recente.

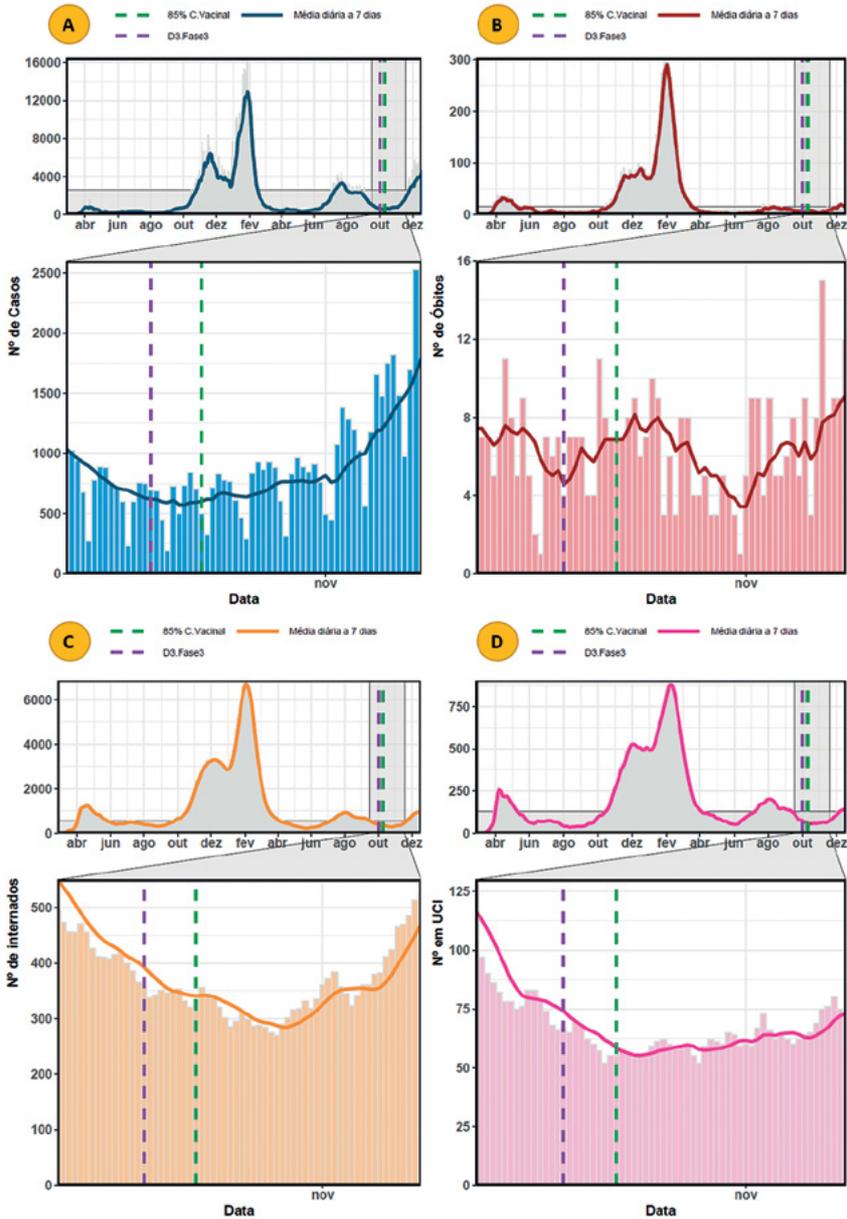


Figura 31 Evolução diária do número casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 16 de setembro e 18 de novembro de 2021. “D3” e “C.vacinal” são a abreviatura de “Desconfinamento parte 3” e “Covertura vacinal”. Fonte: Dados da DGS. (2021). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

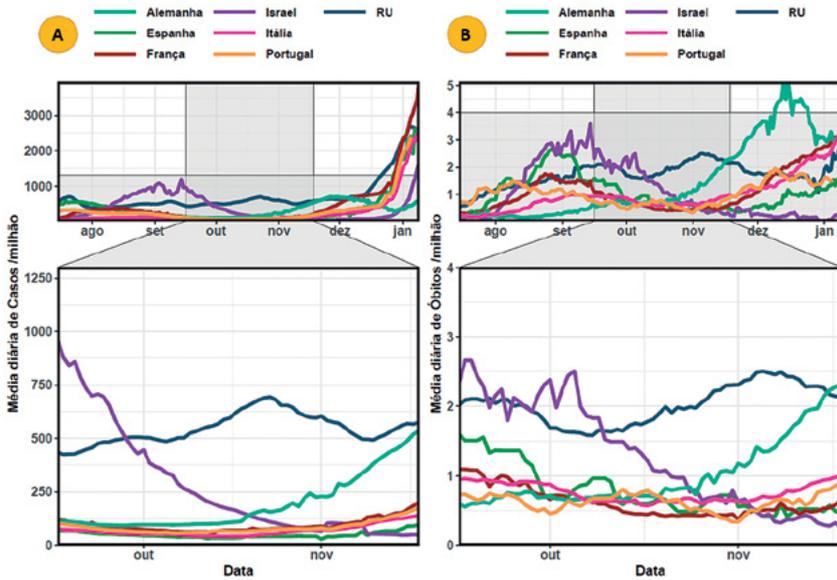


Figura 32 Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 16 de setembro e 18 de novembro de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

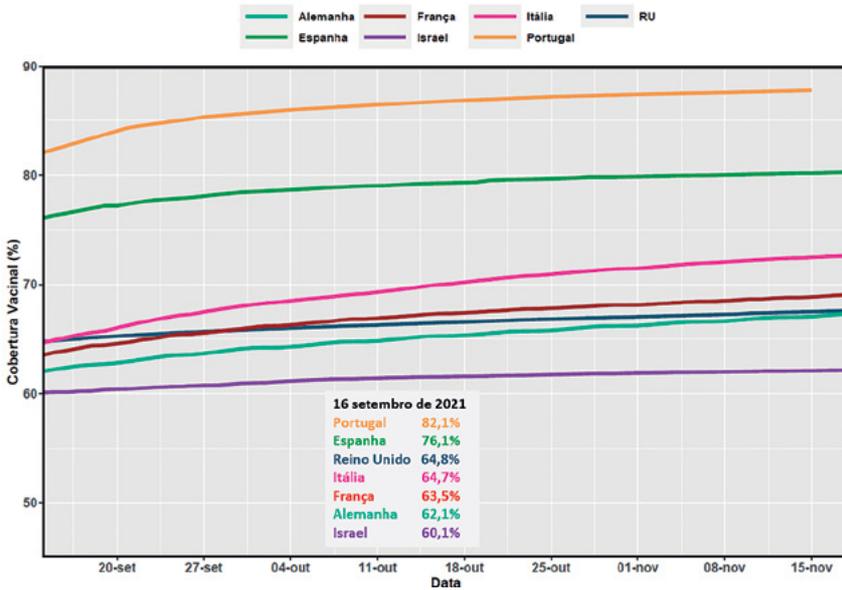


Figura 33 Evolução da cobertura vacinal primária, entre 16 de setembro e 18 de novembro de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

Por esta altura, face à crescente evidência sobre a perda da efetividade das vacinas (Andrews et al., 2021; Cohn et al., 2021), diversos países decidem administrar uma 3.ª dose da vacina contra a COVID-19, também designada por dose de reforço, de modo a repor a imunidade, especialmente nos grupos mais vulneráveis. Israel, tal como no processo de vacinação primário, começou muito cedo e com um ritmo bastante acelerado na administração dessa terceira dose, alcançando a 18 de novembro uma cobertura de 40% (figura 34). Na Europa, o Reino Unido é o mais avançado neste processo, com mais de 20% da sua população já vacinada com a dose de reforço no final desta fase. Os restantes países referidos na figura, incluindo Portugal, encontram-se apenas no início deste processo, com menos de 10% de cobertura a 18 de novembro (figura 34).

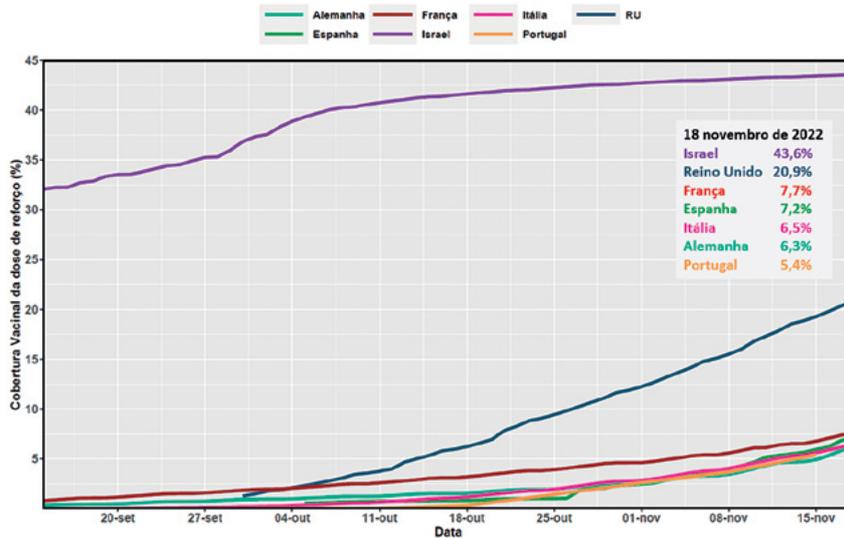


Figura 34 Evolução da cobertura vacinal da dose de reforço, entre 16 de setembro e 18 de novembro de 2021, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2021). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

Portugal, líder mundial na vacinação primária a 16 de setembro, atinge a 18 de novembro uma cobertura vacinal completa de 86% (figura 33). Nesta altura, o progresso na vacinação é focado principalmente nos grupos etários associados à população não adulta (12-17 anos) e aos jovens adultos (18-24 anos). Entre 12 de setembro e 14 de novembro, vacinam-se 35% e 17% das populações associadas a esses grupos respetivamente (tabela

24). Nesta fase, o ritmo da vacinação da dose de reforço em Portugal ainda está a dar os primeiros passos. A 18 de novembro, apenas 5% da população tomou esta 3.^a dose (figura 34).

Tabela 24 Cobertura vacinal primária em Portugal por grupo etário, a 12 de setembro e 14 de novembro de 2021. Fonte: Relatório de vacinação da DGS. (DGS, 2021)

Grupo etário	Vacinação primária completa	
	12 de setembro de 2021	14 de novembro de 2021
12 – 17	52 %	87 %
18 – 24	74 %	91 %
25 – 49	88 %	94 %
50 – 64	97 %	99 %
65 – 79	100 %	100 %
≥ 80	100 %	100 %
População total	80 %	86 %

3.4.4. Uma monitorização que insiste em não baixar a guarda

Depois das férias, o tempo de regresso às aulas e à atividade laboral era permanentemente monitorizado pela nossa equipa. Estávamos atentos aos números, mas também aos estudos e às análises em curso. Com base nisto, íamos construindo também relatórios de monitorização que, a determinadas alturas, eram entregues ao Ministério da Saúde, como aconteceu a 2 de novembro.

A pandemia há já algum tempo que nos ensinara que, para o seu controlo, a articulação entre medidas farmacológicas e não farmacológicas seria fundamental. Assim, no essencial, tínhamos de monitorizar a evolução da conjuntura atual através da revisão das medidas não farmacológicas de contenção em vigor e do reajustamento da estratégia vacinal. O foco estava nesta altura na adaptação das medidas não farmacológicas de saúde pública. A par da cobertura vacinal, sugerimos manter, no geral, as medidas não farmacológicas em vigor, com particular atenção aos locais onde o risco de exposição fosse maior (pela concentração de pessoas ou pela ocorrência de atividades sem utilização de máscara).

A análise de países com cobertura vacinal completa comparável à nossa mostrava claramente a importância das medidas não farmacológicas de controlo da pandemia, mesmo num cenário de elevada imunização populacional. Face ao recente agravamento da taxa de hospitalizações, e numa atitude preventiva em relação à eventual necessidade de aplicação de medidas restritivas adicionais (como previsto no plano apresentado em setembro), julgamos importante garantir, no imediato, a monitorização do CO₂ e a boa ventilação nos locais interiores, pelo menos naqueles associados a um maior risco, como unidades residenciais para idosos, escolas, ginásios, bares e discotecas, estabelecimentos de restauração, transportes públicos, táxis e TVDE, e outros ambientes fechados de atividade passíveis de aglomeração e de contacto próximo (por exemplo, cabeleireiros, estúdios de massagem e de estética, spas). Recomendámos a realização de atividades em espaço exterior ou por via remota, sempre que possível e adequado, com destaque para o teletrabalho, sobretudo perante a presença de sintomas. Já nos transportes públicos, seria fundamental manter as medidas de uso obrigatório da máscara.

Uma outra recomendação, transversal a todos os nossos relatórios, era a de monitorização das variantes em circulação, acompanhando precocemente o comportamento da sublinhagem da variante *Delta (Delta Plus)* (UKHSA, 2021), que, apesar da pouca expressividade em Portugal, no Reino Unido apresentava uma tendência crescente. Assim, era necessário implementar de forma rápida e exaustiva medidas de saúde pública para quebrar as cadeias de transmissão das novas variantes identificadas. Esta monitorização fazia uma ponte clara com o controlo de fronteiras. Era necessário capacitar os serviços de saúde pública para apoiar iniciativas de rastreio aos viajantes e às populações móveis sazonais na fronteira, que, ao entrarem no país, deveriam estar identificados quanto ao percurso e contexto da viagem de forma a facilitar o controlo de eventuais surtos (WHO & WHO Europe, 3.^a edição 2016 (2005)). Eram também recomendações nossas adotar o certificado digital COVID-19 como garantia adicional de segurança, tal como já havíamos feito anteriormente; garantir com toda a urgência a administração da vacina a migrantes de longa duração que se encontrem em território nacional e, por fim, manter a obrigatoriedade do uso de máscara nas viagens feitas em veículos com múltiplos passageiros (como autocarros ou comboios).

Todas estas recomendações só fariam sentido se se protegessem as populações de vulneráveis. Neste quadro, seria urgente garantir nas unidades residenciais para idosos a segurança relativamente a quem chegasse do

exterior, através da combinação do certificado digital com a testagem regular de funcionários e visitas, da promoção de medidas de controlo de infeção e da promoção, nas instituições que acolhem ou atendem estes públicos, sempre que possível, de desfasamentos horários.

A evolução do processo de vacinação, nomeadamente da 3.^a dose, carecia igualmente de avaliação para se perceber se esse processo decorria com a devida celeridade. Seria igualmente imperioso avaliar o benefício dessa administração generalizada (Bar-On et al., 2021; Krause et al., 2021), planear a priorização dos grupos de risco e a respetiva logística e investir no acesso equitativo e urgente às vacinas à escala global, tal como a OMS defendia (WHO, 2021; UNICEF, 2021).

Com a evolução da pandemia, o número de testes diagnósticos e de rastreio tendia a diminuir. Seria importante não haver atrasos no diagnóstico dos casos suspeitos. Para isso, impunha-se monitorizar as causas do atraso, atribuível aos doentes e aos serviços de saúde. Sugeríamos manter uma boa perceção de risco por parte da população, sobretudo dos profissionais de saúde; assegurar o fácil acesso aos métodos de diagnóstico, efetuando testes rápidos no momento da consulta; testar regular e aleatoriamente os profissionais de contextos de risco, como unidades residenciais destinadas a populações vulneráveis, e permitir o acesso ao teste de forma fácil e gratuita, como havia sido já feito.

Por fim, não nos podíamos esquecer da capacidade de resposta dos serviços de saúde. Neste quadro, era necessário avaliar e melhorar a atual capacidade dos serviços de saúde, para responder a ameaças emergentes, como o agravamento da situação epidemiológica e o aumento do número de casos de infeção, garantir planos de contingência que oferecessem aos serviços de saúde a flexibilidade necessária para se adaptarem devidamente, e em tempo útil, a necessidades emergentes (como a do aumento exponencial da capacidade das Unidades de Cuidados Intensivos), ao mesmo tempo que mantinham a sua atividade basal.

3.5. Em alerta. Novamente.

Estávamos preocupados. Sabíamos que o tempo de agir seria agora. E era essa a mensagem a passar na reunião de 19 de novembro no Infarmed. Claro que a situação não parecia tão alarmante como a de há um ano. A percentagem de vacinação completa (86,5%) dava-nos algum descanso. Todavia, chegar ao dia da reunião de peritos com a informação de que a incidência

em Portugal estava nos 203 casos de infecção nos últimos 14 dias por 100 mil habitantes, com tendência crescente, inquietava-nos.

3.5.1. Um plano para enfrentar o crescimento das infeções

O plano que criámos tinha agora incorporado elementos de alerta. E foi esse o registo escolhido para a nossa intervenção. Falamos do aumento do risco de haver um crescimento exponencial do número de casos. E isso, na nossa opinião, poderia significar duplicar ou triplicar as infeções em poucas semanas.

É inegável o papel protetor da vasta cobertura vacinal, sobretudo na proteção de formas graves. Nesta altura, há uma menor dimensão de casos, de hospitalizações e de óbitos, embora com uma tendência de agravamento. Era preciso, pois, estarmos atentos às ameaças. Seria inevitável haver repercussão a nível nacional do aumento da transmissão nos países vizinhos. Estamos perante uma variante, a *Delta*, de alta transmissibilidade e discute-se a redução do efeito protetor da vacinação para a COVID-19 ao longo do tempo. Simultaneamente, estamos a chegar ao inverno, com intensificação das atividades no interior e outros vírus respiratórios. A chegada do período natalício é igualmente uma ameaça, pela maior mobilidade, pelas concentrações diversas e pelos convívios sem medidas de proteção individual. Todos nos lembramos das consequências do último Natal. Seria imperioso preparar esta época festiva. Que ninguém ignorasse o risco de um aumento exponencial do número de casos.

Havendo ameaças, há também dois grandes fatores protetores: uma das mais altas taxas de cobertura vacinal a nível mundial e uma população colaborante que tem adequado o seu comportamento à situação epidemiológica. Foi neste contexto que construímos as nossas recomendações.

Assim, salientamos a necessidade de acelerar o processo de reforço massivo da vacinação e de resolver os problemas da menor adesão no presente. A esse nível, propomos as estratégias que se mostraram eficazes no passado, como o fácil acesso à inoculação, o envio de SMS, as equipas de proximidade e o contacto telefónico personalizado com as pessoas que faltam à administração agendada.

Queremos que a testagem cresça e que se vá normalizando no nosso quotidiano. Para isso, seria preciso reiterar a vantagem dessa prática na redução

Tabela 25 Algumas medidas propostas no plano de desconfinamento de 19 de novembro. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para a tabela completa.

Atividade			
		Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar	Agravamento dos Indicadores monitorizados
		<p>Medidas gerais que devem estar sempre em vigor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; • Autoavaliação de risco (individual e organizacional); • Utilização das medidas de prevenção individual e organizacional de acordo com a avaliação de risco (que podem incluir a exigência do certificado, teste, definição de lotação ou máscara, definição de circuitos de circulação, entre outras); • E fortemente recomendada a adoção das medidas de proteção individual e ambiental nos ambientes fechados e em espaços públicos nos quais não é possível manter o distanciamento. 	<p>Medidas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; • Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e a respetiva adoção das medidas de proteção; • Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); • Promoção de atividades em exterior ou por via remota; • Cumprimento do distanciamento físico com definição do nº máximo de pessoas/m²; • Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados em eventos públicos; • Evição de todas as situações não controladas de aglomeração populacional;
Setor Escolar		Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais
Atividade Laboral		Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais Sempre que possível manter o desfasamento de horários e o teletrabalho
Comércio e Retalho		Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais
Restauração e Similares (bares incluídos)		Cumprimento das medidas gerais	Cumprimento das medidas gerais

dos fenómenos de transmissão. Pretendemos que a testagem passe a ser cada vez mais voluntária e gratuita, inclusive em populações vacinadas (que também podem ser infetadas, ainda que de forma ligeira, e transmitir a doença, embora com menor potencial de transmissão), e que seja crescente a cultura de recurso ao autoteste em situações de perceção individual de risco. Com o aumento da testagem, haveria o conseqüente aumento do número de novos casos. Por isso, teria de ser garantida a celeridade na resposta da saúde pública através da realização de inquéritos epidemiológicos e da implementação de medidas necessárias ao corte das cadeias de transmissão.

Neste contexto, as nossas principais recomendações assentavam em: vacinar, promover a qualidade do ar, adotar as medidas que evitem a concentração de pessoas de forma não controlada, manter o distanciamento, adotar a utilização de máscara como rotina e em situações de risco e promover a testagem regular como prática corrente, garantindo um acesso fácil. Nas diferentes atividades, mantemos o que defendíamos já em setembro, altura em que prevíamos a possibilidade de agravamento dos indicadores epidemiológicos e a necessidade de apertar as medidas restritivas. Voltamos a propor medidas que visam a redução da aglomeração de pessoas, como o desfasamento de horários e o teletrabalho, o controlo de eventos, de forma a garantir o distanciamento e o cumprimento das medidas gerais, e continuamos a insistir na autoavaliação de risco (tabela 25). Também aconselhamos a apresentação de um teste negativo à COVID-19 para entrar, por exemplo, em lares, discotecas e casamentos, mesmo para os vacinados, uma sugestão muito destacada pelos *media*, mas cuja novidade não nos parecia assim tão forte dada a conjuntura.

A pandemia ainda não acabou. Por isso, vamos dando ora passos em frente permitindo a retoma de determinadas atividades, ora passos atrás, quando encontramos novas ameaças. Sabemos agora que as conseqüências da transmissão na comunidade são hoje muito diferentes do que aquilo que sucedia há um ano, mas convinha sermos cautelosos. O tempo de prevenção é agora. Os *media* continuavam a alertar para a situação de risco. A 9 de novembro, dez dias antes da reunião do Infarmed, o jornalista Hugo Gilberto avançava, no *Jornal 2* (RTP2), a previsão de um aumento significativo de casos ainda nesse mês e ouvia especialistas a falar já de uma nova vaga.

3.5.2. Decisões para conter os contactos e travar a multiplicação dos casos

Desta vez, não houve muitas perguntas na reunião do Infarmed. O Governo saiu em silêncio e o Presidente da República disse aos jornalistas que o encontro tinha sido muito esclarecedor. Em editorial, a diretora do *Diário de Notícias*, Rosália Amorim, escrevia a 20 de novembro que “o problema não é apenas nacional. A Europa é de novo o epicentro da epidemia” (Amorim, 2021). E tal como a OMS avisara já, os países com um aumento substancial de casos estavam a aumentar as restrições. Todos agiam com rapidez: Áustria, Alemanha, República Checa, Bélgica. Todos queriam travar uma nova vaga. Portugal também não perdeu muito tempo.

A 25 de novembro, o primeiro-ministro apareceu no fim do Conselho de Ministros para anunciar novas medidas. Era um sinal de que a situação impunha novas precauções. Testes, certificado digital, teletrabalho e – algo que não tínhamos proposto, mas que acolhíamos com agrado – uma semana de contenção depois das festas natalícias e de Ano Novo: eis as restrições decididas pelo Governo. A partir de 1 de dezembro, o país passaria de “situação de alerta” a “situação de calamidade”, ao abrigo da Lei de Bases da Proteção Civil.

A maior novidade era a semana de contenção, marcada de 2 a 9 de janeiro, durante a qual o país seria obrigado a estar mais confinado e as pessoas deveriam abster-se de contactos para além do seu núcleo. Evitar o cruzamento de pessoas implicava aqui um esforço para conter a transmissão de casos. Nesses dias, o teletrabalho tornar-se-ia obrigatório, as discotecas e os bares permaneceriam encerrados e as escolas, creches e ATL prolongariam as férias até 10 de janeiro.

Assim, o início de dezembro seria marcado, entre outras, pelas seguintes restrições:

- Máscaras obrigatórias em espaços fechados e nos recintos definidos pela DGS;
- Certificado digital obrigatório no acesso a restaurantes, hotéis e alojamentos locais, eventos com lugares marcados, ginásios;
- Teste negativo (PCR ou antigénio) obrigatório em visitas a lares, a doentes em estabelecimentos de saúde, grandes eventos sem lugares marcados, recintos improvisados e recintos desportivos, discotecas e bares;

- Fronteiras: teste negativo obrigatório para todos os voos que chegam a Portugal, com sanções agravadas para as companhias de aviação.

No encontro com os jornalistas, o primeiro-ministro, tal como nós recomendamos, apelou para que se reforçassem os autotestes: “Sempre que possível devemos fazer autotestes. Por exemplo, antes de nos juntarmos às nossas famílias nas vésperas e dia de Natal, devemos fazer autotestes para assegurar que protegemos aqueles que nos são mais queridos” (Sousa, 2021).

3.5.3. Uma nova variante e mais recomendações antes do Natal

Portugal continua com uma tendência de agravamento, mas a dimensão do número de casos, de hospitalizações e de óbitos é menor, ao contrário do que tinha acontecido no mesmo período do ano passado. No entanto, esta tendência combinada com a chegada do inverno (com intensificação das atividades no interior dos espaços) e a aproximação da época natalícia poderia tornar a situação preocupante.

A 19 de novembro, registam-se, em média, 1895 infeções diárias com um ritmo de crescimento relativamente alto ($R_t = 1,17$). A 1 de dezembro, são impostas novas medidas restritivas que fazem abrandar o crescimento de casos e regista-se, a 8 de dezembro, uma média diária de 3684 infeções e um índice de transmissibilidade (R_t) de 1,08.

Por esta altura, num cenário que já não era favorável, entra em jogo uma nova variável de grande preocupação designada por *Omicron*. Esta variante foi identificada pela primeira vez, em novembro, na África do Sul e vai-se propagando por vários países da Europa e do mundo. A 26 de novembro, a OMS e o ECDC declaram a *Omicron* como variante de preocupação internacional (WHO, 2021; ECDC, 2021). Na Europa, começa por afetar países como o Reino Unido, a Dinamarca e a Noruega e, a 14 de dezembro, é declarada com transmissão comunitária em Portugal (INSA, 2021). A 20 de dezembro, apresenta uma proporção estimada de 47% e, passados uns dias, torna-se dominante em Portugal (INSA, 2021). Estamos a entrar numa nova onda causada por esta variante do vírus, que tem um grau de transmissibilidade 2 a 4 vezes superior à variante *Delta* (UKHSA, 2021; Matsuyama, 2021; Lyngse et al., 2021), mas com menor gravidade (Ferguson et al., 2021; Davies et al., 2022; Wolter et al., 2022).

A 1 de dezembro, Portugal entra novamente em “situação de calamidade” através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2021, de 27 de novembro, que estende esse estado a todo o território nacional continental das 00h00 do dia 1 de dezembro de 2021 até às 23h59 do dia 20 de março de 2022 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021). Nessa altura, o país regista 19 casos infetados com a variante *Omicron* e o boletim epidemiológico divulgado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) dá conta de 17 mortes e de 4670 infeções relativas ao dia anterior. Há dez meses que este número de casos diários não era tão elevado. À margem das comemorações da Restauração da Independência, o primeiro-ministro diz que é preciso estarmos “sempre atentos para tomar uma nova medida caso ela seja necessária” (Lusa, 2021). A combinação da variável *Omicron* (mais transmissível) com as festas do período de Natal e Passagem de Ano poderia acarretar um aumento significativo dos casos de infeção com possível impacto nos internamentos e nas mortes – não tanto pela sua letalidade (ainda não suficientemente conhecida), mas mais pela sua ampla capacidade de propagação, num momento em que a *baseline* da taxa de incidência era já bastante alta.

Atentos a esta nova conjuntura, enviámos, a 19 de dezembro, uma nova proposta de atuação perante a ameaça que se avizinhava. Continuamos a insistir no que consideramos basilar: testagem, vacinação, promoção do distanciamento físico (definição da lotação dos espaços), teletrabalho sempre que possível, ventilação dos espaços interiores, higienização frequente de superfícies e mãos e utilização da máscara.

Para promover a realização de testes diagnósticos, propomos que se atenda ao respetivo acesso, tornando-o mais fácil e gratuito, assim como se facilite a utilização do autoteste. Face ao crescente número de casos e ao atraso na realização do inquérito epidemiológico (que, por sua vez, vai retardar a aplicação das medidas de saúde pública), propomos a realização participada do inquérito epidemiológico. Perante um resultado positivo, o próprio indivíduo (devidamente instruído para o efeito) poderia identificar os contactos em risco. É também nesta proposta que alertamos para a carga do *Trace COVID-19* na atividade dos médicos de Medicina Geral e Familiar. Sugerimos que haja uma priorização dos doentes de maior risco.

Os políticos também perceberam que este era um momento particularmente delicado que exigia novas decisões e começaram a ser muito prudentes nas declarações. “Este ainda não será o Natal das nossas vidas”, disse o primeiro-ministro ao anunciar novas restrições, a 21 de dezembro, o primeiro dia de inverno e quando faltavam três dias para a ceia de Natal,

numa semana em que se antevia que a *Omicron* passasse a ser dominante. No dia seguinte, o *Jornal de Notícias* colocava na primeira página o título “Travão a fundo nas festas”; o *Diário de Notícias* escolhia a frase “limitações reforçadas para evitar repetir janeiro trágico”. Perante os jornalistas, António Costa anunciou a antecipação da semana de contenção para 25 de dezembro e não foi parco nas enumerações: “à mais vacinação, mais testes, mais controle de fronteiras, acrescentamos mais teletrabalho, mais limitação de contactos, mais uma semana de contenção e mais apoios às famílias e às empresas” (Neves, 2021). Para um conjunto de eventos que, até então, exigiam certificado de vacinação, passa a juntar-se a obrigação de um teste negativo. Por exemplo: nos espetáculos desportivos ao ar livre com menos de 5 mil pessoas e fechados com menos de mil; nos espetáculos culturais, nos eventos empresariais, nos casamentos e batizados. Igual exigência para entrar em estabelecimentos turísticos e de alojamento local. Nos dias 24 e 25 (Natal) e 30, 31 e 1 (Ano Novo), exigir-se-á também um teste negativo nos restaurantes, casinos e festas de Passagem de Ano. Nesses dias, são proibidos ajuntamentos de mais de 10 pessoas na rua e o consumo de bebidas alcoólicas na via pública.

Na apresentação das medidas, o primeiro-ministro anunciou também que os testes gratuitos passariam de quatro para seis por mês para cada pessoa. E isso teve uma colossal adesão da população. Nos dois dias antes do Natal, Portugal fez mais de 620 mil testes à COVID-19, sem contar com os autotestes: cerca de 132 mil testes PCR e mais de 488 mil testes rápidos de antígeno (TRAg) de uso profissional, com a taxa de positividade a rondar os 4,6% (TSF, 2021). A preocupação em se proteger e em proteger os mais próximos estava presente em cada um de nós neste período natalício. Continuamos imersos em cuidados dos quais tanto queríamos desprender-nos. E não seria ainda este o tempo para tal. No dia de Natal, o Presidente da República, num artigo publicado no *Jornal de Notícias*, que intitulou “Duas lembranças para o Natal”, deixou duas chamadas de atenção:

“Uma, para aqueles que mais sofreram e sofrem em pandemia. Os mais pobres, doentes, vulneráveis, abandonados, esquecidos, excluídos, marginalizados. Outra para que, nestes dias, haja uns minutos para percorrer, como se fosse um filme acelerado, os dias, as semanas e os meses começados em março de 2020 e ainda não findos”. (JN, 2021)

Sempre a pandemia. Sempre presente. Sempre com marcas profundas.

E os números justificam bem essas preocupações. Mesmo com as medidas adicionais a 21 de dezembro, as infeções dispararam com um ritmo de

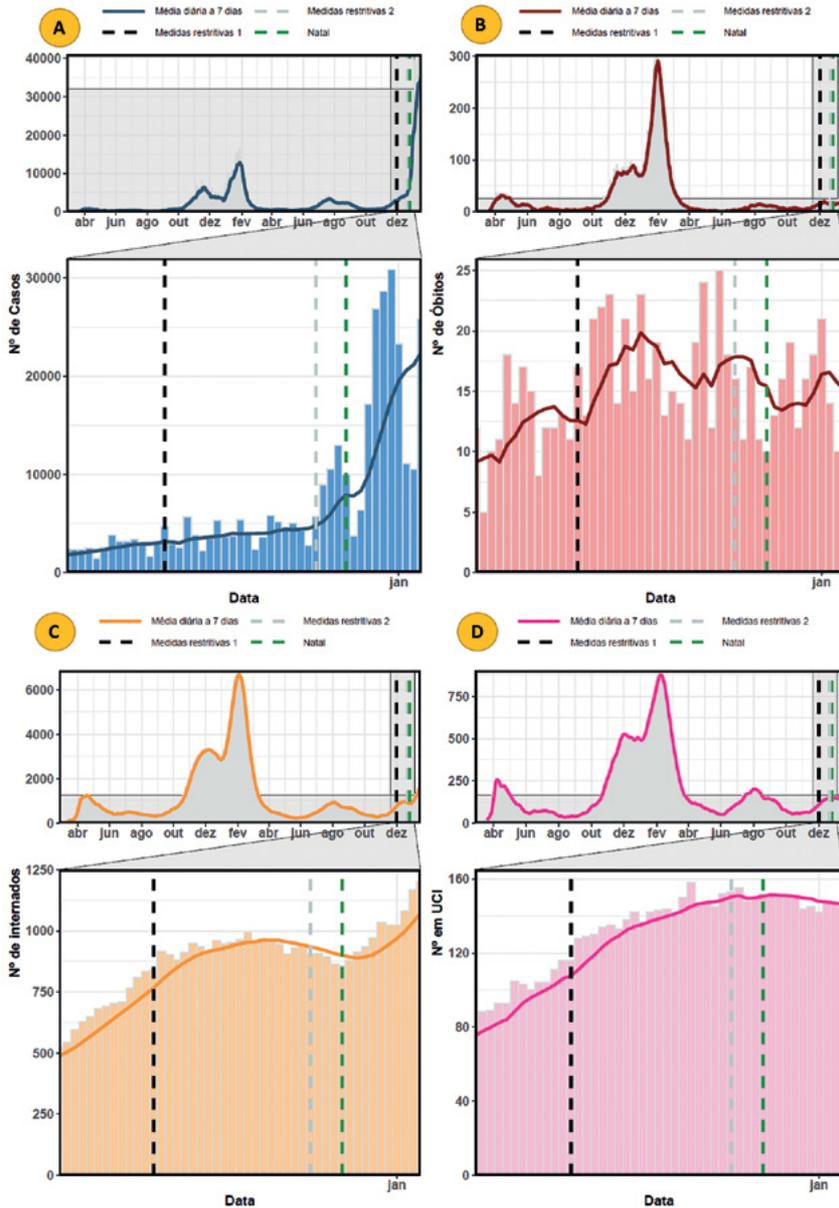


Figura 35 Evolução diária do número casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 19 de novembro e 4 de janeiro de 2021. “Medidas restritivas 1 e 2” são referentes a medidas impostas nos dias 1 de dezembro e 21 de dezembro. Fonte: Dados da DGS. (2022). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

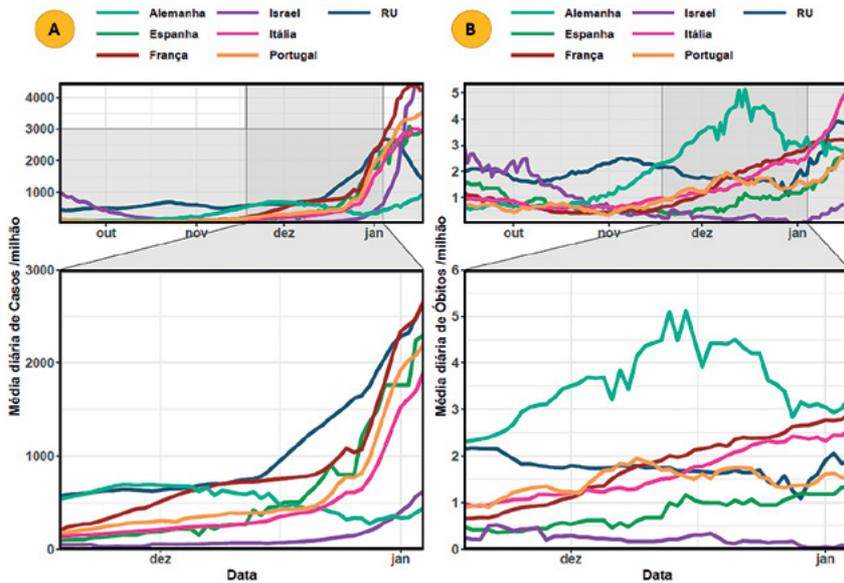


Figura 36 Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 18 de novembro de 2021 e 4 de janeiro de 2022, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

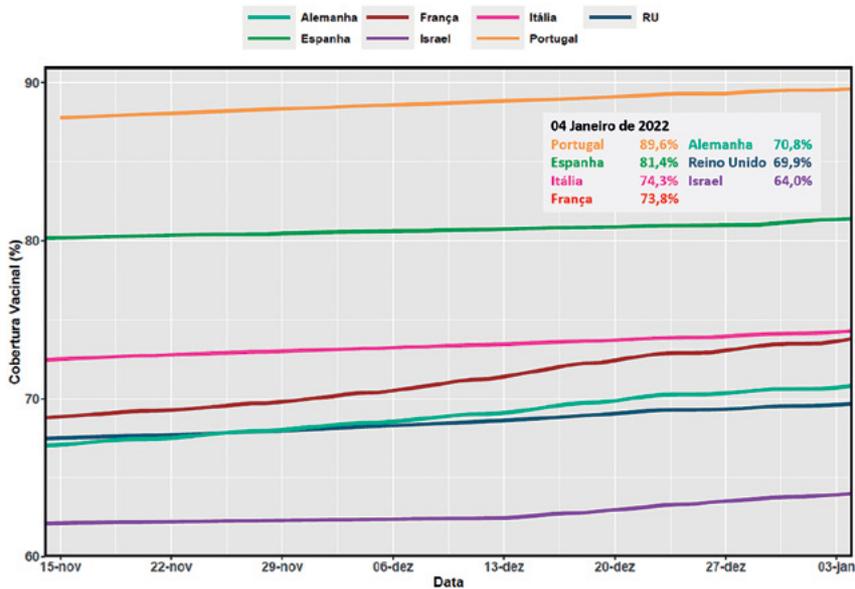


Figura 37 Evolução da cobertura vacinal primária, entre 18 de novembro de 2021 e 4 de janeiro de 2022, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

crescimento exponencial muito acelerado (gráfico A da figura 35). Numa semana, a média diária de casos duplica e regista-se, em média, a 28 de dezembro, 10 mil infeções diárias. Daqui em diante, os casos diários não param de bater recordes. A 31 de dezembro, são notificados mais de 30 mil novos casos, quase o dobro do pico do inverno de 2021 (gráfico A da figura 35). Nos últimos dias do ano, o índice de transmissibilidade (R_t) variou entre 1,4 e 1,5, os maiores registos de sempre, excluindo os primeiros dias da pandemia.

Por outro lado, os indicadores de gravidade, nomeadamente os internamentos e os óbitos, evidenciam, felizmente, uma situação mais benigna do que a do inverno passado. Os internamentos, durante esta fase, apresentam uma tendência crescente. Entre 18 de novembro e 4 de janeiro, os internamentos duplicam, passando no total de 523 para 1203 internados e em UCI de 72 para 147 (gráficos C e D da figura 35). Apesar deste aumento, a média de internamentos desceu 64% e a média de internamentos em UCI desceu 70% em relação a 2020. Neste mesmo período, o número de óbitos tem um comportamento oscilatório, variando, em média, entre 13 a 20 mortes diárias (gráfico B da figura 35). No entanto, estes registos na mortalidade representam cerca de um quarto dos valores notificados há um ano.

Com a rápida propagação da variante *Omicron* pela Europa, vários países europeus, como Espanha, França, Itália e Reino Unido, exibem, a partir do início de dezembro, um crescimento exponencial de casos bastante acelerado, algo similar a Portugal. A 4 de janeiro, todos estes países registam uma média diária superior a 2000 casos por milhão de habitantes (gráfico A da figura 36). Por outro lado, a situação alemã é bem diferente. Dado que os efeitos da variante *Delta* (mais virulenta que a *Omicron*) começaram a ser sentidos um pouco mais tarde do que nos restantes países, a Alemanha sofre, nesta altura, as consequências dessa variante na mortalidade. Ainda com uma cobertura vacinal primária inferior a 70% em meados de dezembro (figura 37), regista uma tendência crescente muito acentuada no número de óbitos e, atinge, a 13 de dezembro, uma média diária de 5 óbitos por milhão de habitantes. A partir desse momento, a mortalidade começa a diminuir, mas sempre com registos superiores aos restantes países europeus representados na figura durante esta fase (gráfico B da figura 36). A *Omicron* chega um pouco mais tarde a Israel, com um aumento da incidência só a partir do fim de dezembro (gráfico A da figura 36).

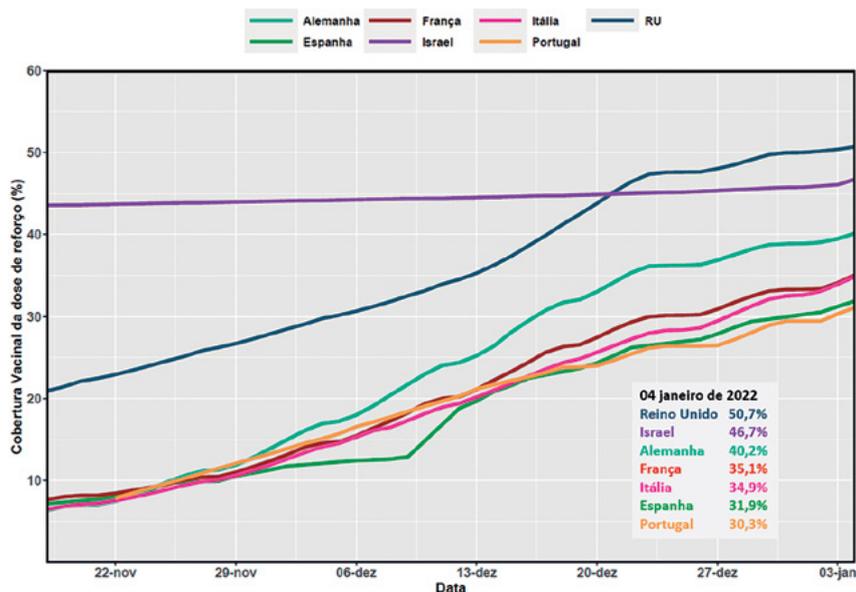


Figura 38 Evolução da cobertura vacinal da dose de reforço, entre 18 de novembro de 2021 e 4 de janeiro de 2022, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

A vacinação primária nestes países pouco ou nada evoluiu em todo este período (figura 37). Em alguns casos, essa estagnação deve-se ao facto de a vacinação de crianças dos 5 aos 11 anos só ter sido iniciada a meio/fim de dezembro na maioria dos países europeus.

Deste grupo de países, apenas Portugal e Espanha têm, a 4 de janeiro de 2022, uma cobertura vacinal primária superior a 80%, os restantes estão abaixo de 75% (figura 37). No processo vacinal da dose de reforço, o cenário é diferente. A 4 de janeiro de 2022, Portugal e Espanha são os mais atrasados, seguindo-se Itália e França. Estes quatro países, entre 18 de novembro e 4 de janeiro, tiveram um ritmo de vacinação da dose de reforço similar, vacinando entre 26 a 28% da sua população com esta dose (figura 38). Do grupo de países representado, Israel é, no final deste período, o segundo mais adiantado na 3.ª dose. Contudo, progride muito pouco (apenas 3%) desde 18 de novembro. A Alemanha e o Reino Unido, durante esta fase, são os que apresentam um ritmo de vacinação da dose de reforço mais acelerado, vacinando 34% e 30% da sua população respetivamente. O Reino Unido é o único deste grupo com uma cobertura de reforço acima de 50% a 4 de janeiro de 2022 (figura 38).

Portugal, apesar de atrasado na administração da 3.^a dose comparativamente a outros países europeus, consegue, em dezembro, acelerar este processo e ter no início de janeiro a maioria dos idosos com esse reforço (tabela 26).

A vacinação de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos contra a COVID-19 começa a dar os primeiros passos em Portugal a 18 de dezembro. A 4 de janeiro de 2022, temos 47% da população deste grupo etário imunizada com a 1.^a dose da vacina (tabela 26).

Tabela 26 Cobertura vacinal da dose de reforço em Portugal por grupo etário e cobertura da vacinação (com 1 dose) das crianças entre 5 e 11 anos a 29 de novembro de 2021 e 4 de janeiro de 2022. Nota*: A cobertura da vacinação de crianças foi estimada considerando a população do grupo 5-9 e da população do grupo 10-14. Fonte: Relatório de vacinação da DGS. (DGS, 2021; DGS, 2022)

Vacinação da dose de reforço		
Grupo etário	29 de novembro de 2021	4 de janeiro de 2022
50 – 59	0 %	30 %
60 – 69	10 %	68 %
70 – 79	38 %	88 %
≥ 80	75 %	88 %
População total	12 %	30 %
Vacinação primária iniciada (1 dose)		
Grupo etário	29 de novembro de 2021	4 de janeiro de 2022
5 – 11	0 %*	47 %*

3.6. O colossal impacto da variável *Omicron* no número de infeções

As infeções dispararam até patamares inimagináveis. No dia da reunião do Infarmed, a 5 de janeiro, o número de infetados foi o maior registado até então, 39 570, mas haveria de chegar aos 65 706 a 27 de janeiro. No entanto, a doença revelou-se menos severa e muitos casos eram assintomáticos. A população mostrava-se mais capaz de lidar com o vírus. Isso permitia não

carregar no travão e tirava-nos da obrigação de agravar (ainda mais) as medidas restritivas. Era preciso começar a viver com alguma normalidade, embora sempre lançando mão a medidas de proteção para que a segurança fosse a maior possível. Todavia, a situação exigia uma atenção permanente ao que estava a acontecer.

3.6.1. Um plano prudente para assumir uma certa normalidade em 2022

Uma maior responsabilização e uma estratégia assente na autogestão: eis o vetor estruturante da nossa proposta apresentada na reunião do Infarmed a 5 de janeiro de 2022. O nosso propósito era apostar no bem-estar económico, social e psicológico através da preservação do quotidiano, balanceado com a responsabilização dos cidadãos e das instituições a quem entregávamos grande parte da avaliação do risco e a respetiva adoção de medidas preventivas.

Confrontamo-nos há dois anos com o SARS-CoV-2. Independentemente das variantes em causa, o vírus e as estratégias de prevenção e controlo da doença, que bem conhecemos, não mudaram. Temos a vacina, que reduz o risco de formas graves. Temos as medidas de proteção, que reduzem o risco de transmissão. Temos uma população que tem mostrado a sua sabedoria, colaboração e maturidade. Neste quadro, continuamos a defender os seis pilares de sempre (testagem, vacinação, distanciamento físico, ventilação dos espaços interiores, higienização frequente de superfícies e mãos e utilização da máscara), mas introduzimos o conceito de autogestão de risco a fim de aumentar a autonomia individual e das instituições.

Este conceito de autogestão, não era propriamente uma novidade, porque há muito que defendíamos uma parceria com os cidadãos no controlo desta pesada pandemia. Nesta linha, uma das nossas propostas seria tornar os autotestes acessíveis e gratuitos, sem esquecer as populações marginalizadas, abrindo a possibilidade de validação presencial ou remota por parte dos profissionais de saúde e reforçando as explicações sobre o que fazer em caso de teste positivo. Ou seja, não bastaria tornar os autotestes gratuitos, seria igualmente necessário dizer à população como agir em caso de doença, desde a necessidade de isolamento e por quanto tempo, como aceder à plataforma para efetuar o registo do resultado do teste ou como fazer a identificação dos contactos, entre outras orientações.

Tabela 27 Algumas medidas propostas no plano de desconfinamento de 5 de janeiro. Consultar anexo *Tabelas dos planos de desconfinamento* para a tabela completa.

Atividade	Proposta face ao contexto epidemiológico atual	70% da linha vermelha dos internamentos em UCI atingida e Rt > 1 (valor médio aos 5 dias)
<p>Medidas gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceleração do reforço da vacinação; • Ventilação e climatização adequadas e regularmente monitorizadas nos espaços fechados; • Utilização do certificado digital e teste negativo por rotina nos espaços públicos; • Promoção da autoavaliação de risco e realização de autoteste por rotina; • Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; • Definição da distância mínima obrigatória sempre que houver agregação de pessoas (por exemplo: filas, mesas de restaurantes, lugares sentados); • Organização de todos os espaços onde ocorrem refeições, garantindo: ventilação, número de pessoas/m² e distanciamento obrigatório entre as pessoas. Uso obrigatório de máscara em circulação e SEMPRE que não se estiver a ingerir alimentos ou bebidas; • Higienização frequente das superfícies e das mãos; • Evitar todas as situações de aglomeração populacional; • Cumprimento da proibição de consumo de bebidas alcoólicas na via pública. 		
Setor Escolar	 <p>Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>Teletrabalho sempre que possível, podendo ser presencial, com diminuição da lotação permitida por sala/espaco; Promoção da testagem regular dos funcionários que não possam trabalhar remotamente; Promoção de horários desfasados.</p>
Atividade Laboral	 <p>Cumprimento das medidas gerais.</p>	
Comércio e Retalho	 <p>Cumprimento das medidas gerais.</p>	
Restauração e Similares (bares incluídos)	 <p>Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação nos espaços interiores - máximo de 6 pessoas na mesma mesa; Se houver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço; Circulação no espaço com máscara obrigatória.</p>

É verdade que, nesta altura, estamos a assistir a um aumento do número de novos casos, mas sem grande efeito nos serviços de saúde hospitalares. Por isso, seria possível mantermos as nossas atividades normais, desde que tudo se faça em segurança. Convém, pois, reforçar, que nunca como neste tempo foi tão importante o conceito de proteção em multicamadas – a avaliação do risco, a vacinação, a testagem, a utilização das medidas de proteção individual. É exatamente isso que pretendemos que todos façam na sua rotina do dia a dia, sempre que estão no trabalho ou mais descontraídos social ou individualmente. Defendemos a manutenção das diferentes atividades com o menor risco possível, mas defendemos também a adoção de medidas que neutralizem riscos. Por exemplo, a utilização por rotina do certificado digital e teste negativo em espaços públicos e pedimos o cumprimento da proibição de consumo de bebidas alcoólicas na via pública.

A grande preocupação agora era o absentismo por doença ou por isolamento profilático. Começa a sentir-se o seu efeito em todas as áreas laborais. E isso acentuar-se-á mais. A sobrecarga nos serviços de Saúde Pública e de Medicina Geral e Familiar também já se manifestava. Neste quadro, torna-se ainda mais urgente promover o inquérito epidemiológico participativo e reduzir a carga do *Trace COVID-19* na Medicina Geral e Familiar (que já tinha sido proposta em novembro), a fim de que os profissionais de saúde possam dedicar-se mais aos doentes de maior risco, em isolamento, garantindo-lhes o contacto célere e direto perante sinais de agravamento.

Com o frio a apertar, surgem os casos de gripe, a par dos casos por SARS-CoV-2. Consequentemente, chega a ameaça de sobrecarga dos serviços hospitalares. Num quadro tão sensível como este, precisamos de ter um sinal de alerta que funcione como ponto de paragem para analisar tudo e tomar medidas. Para nós, esse ponto seria a taxa de ocupação de camas das Unidades de Cuidados Intensivos e a tendência de crescimento do R_t . Isso permitir-nos-ia monitorizar a gravidade da doença, bem como o esforço sobre os serviços de saúde no tratamento das formas mais graves. Quando atingidos os 70% da linha vermelha dos internamentos em UCI (179 internamentos) e um valor de R_t superior a 1 (valores médios a 5 dias), sugerimos que se reforcem o teletrabalho, o desfasamento de horários, a promoção da testagem regular dos funcionários que não possam trabalhar remotamente, a redução da lotação dos espaços interiores e a redução das situações de concentração de pessoas (tabela 27). Acrescente-se que o indicador de referência para os internamentos em UCI seria sempre uma média a 5 dias, de modo a que fosse robusto face a eventuais variações diárias causadas por perturbações de reporte.

Neste encontro do Infarmed, os especialistas deixaram projeções que previam um expressivo número de casos para janeiro, embora, como lembrou o professor catedrático do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Henrique Barros, se verifique uma dissociação inequívoca entre o número de casos e a gravidade da doença, não havendo, portanto, razão para continuar a condicionar decisões em função do número de casos.

3.6.2. Decisões de combate à *Omicron*, preservando rotinas diárias

Desta vez, a decisão política foi muito rápida. Logo no dia a seguir à reunião do Infarmed, durante a manhã, o primeiro-ministro anunciou as medidas aprovadas em Conselho de Ministros. A nossa proposta de autotestes gratuitos não vingou, mas no geral o que foi decidido seguia o nosso plano.

Já com a testagem de professores e assistentes operacionais das escolas anunciada para dali a 4 dias, era expectável que o Governo mantivesse a reabertura das escolas para 10 de janeiro. E assim aconteceu. O primeiro reforço dessa testagem iria prolongar-se nas próximas duas semanas e a vacinação das crianças com a 1.^a dose e do pessoal docente e não docente com a dose de reforço ocorreria nesse fim de semana.

O regime de teletrabalho obrigatório em todo o território nacional continental manter-se-ia até 14 de janeiro, dia fixado para a reabertura de bares e discotecas. No entanto, para acesso a estes estabelecimentos, bem como para aceder a grandes eventos, a visitas a lares ou a estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, mantém-se a exigência de apresentação de teste negativo, exceto a quem demonstrar ter sido vacinado há pelo menos 14 dias com a dose de reforço contra a COVID-19. O acesso a hotéis, a habitações de alojamento local, a eventos e espetáculos e a ginásios passa a depender da apresentação de certificado digital COVID e de um comprovativo de vacinação que ateste o esquema vacinal completo ou de comprovativo de realização de teste com resultado negativo, incluindo autotestes.

Tal como recomendamos, haverá proibição do consumo de bebidas alcoólicas na via pública. Mantém-se os limites relativos à ocupação dos espaços acessíveis ao público (ocupação máxima indicativa de 0,20 pessoas por metro quadrado de área, com exceção dos estabelecimentos de prestação de serviços), assim como a manutenção de controlo das fronteiras, com teste negativo obrigatório para todos os voos que chegam a Portugal.

3.6.3. Números elevados de uma doença de gravidade algo controlada

É de agravamento que falamos quando queremos traçar o retrato epidemiológico de Portugal em janeiro de 2022, especialmente no número de infeções. No entanto, tendo em conta esta época do ano, não se verifica um descontrolo da situação. A 1 de janeiro, registam-se 19 555 infeções diárias em média. O número de casos apresenta uma tendência crescente bastante acelerada ($R_t = 1,35$). Passados dois dias, o índice de transmissibilidade atinge 1,43. A partir de 3 janeiro, o crescimento vai desacelerando e, a 14 de janeiro, regista-se uma média acima de 33 000 casos (gráfico A da figura 39), com um R_t de 1,19. A partir desse dia, a curva de casos começa a apresentar uma concavidade voltada para cima, indicando uma aceleração no número de infeções e, no dia 29 de janeiro, atinge-se, em média, 55 756 novos casos por dia, o máximo alcançando nesta onda e em toda a pandemia (gráfico A da figura 39). A partir desta altura, a trajetória das novas infeções passa a ser decrescente. A 15 de fevereiro, atinge-se, em média, cerca de 21 158 novos casos diários, um registo equivalente aos primeiros dias do ano.

Nas hospitalizações, regista-se uma tendência crescente desde o início do ano. No entanto, esse aumento é focalizado nas enfermarias. Os internamentos em UCI apresentam uma tendência estável. Nas primeiras cinco semanas do ano, a média do número total de internamentos aumenta 154% e nos internamentos em UCI esse aumento é ligeiramente superior a 10% (12%). Durante esta fase (entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro), nunca é alcançado, em média a 7 dias, 70% (179) das 255 camas em UCI, limite de ocupação definido pelas linhas vermelhas para internamentos em UCI (gráficos C e D da figura 39). Por outro lado, a mortalidade é um indicador com uma tendência de agravamento nesta fase. Entre 1 de janeiro e 6 de fevereiro, a média diária do número de óbitos aumenta 55% nos primeiros 15 dias e duplica nos últimos 22 dias, registando-se, a 6 de fevereiro, 52 novos óbitos por dia (gráfico B da figura 39). Desde 6 de fevereiro, a mortalidade tem vindo a diminuir ligeiramente, registando-se, em média, 45 óbitos por dia, a 15 de fevereiro. Embora a mortalidade por COVID-19 esteja a aumentar desde o início do ano, a média do número de óbitos na mortalidade geral não se desvia muito da normalidade para esta época do ano¹.

¹ <https://evm.min-saude.pt/>

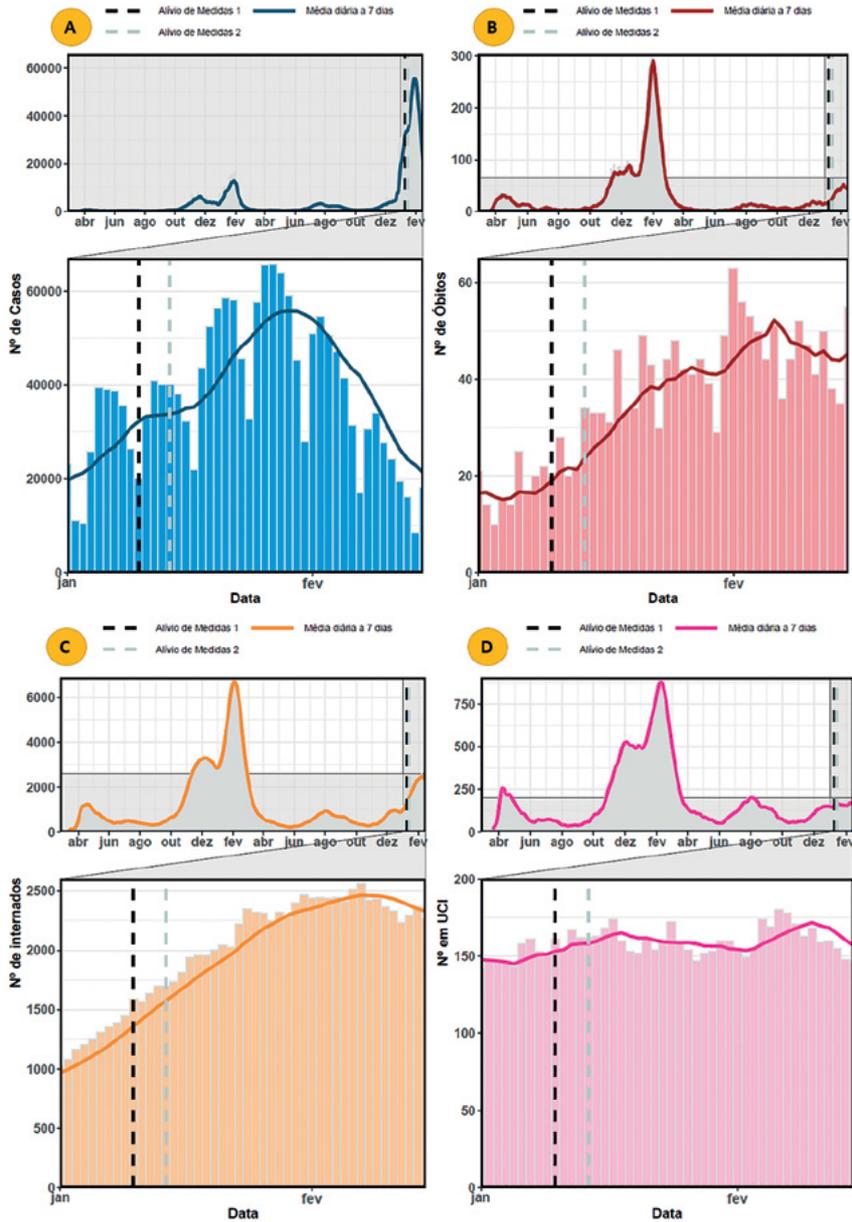


Figura 39 Evolução diária do número de casos (gráfico A), óbitos (gráfico B), internamentos totais (gráfico C) e internamentos em UCI (gráfico D) em Portugal entre 1 de janeiro a 15 de fevereiro de 2022. “Alívio de Medidas 1 e 2” são referentes ao alívio de medidas nos dias 10 de janeiro e 14 de janeiro. Fonte: Dados da DGS. (2022). <https://github.com/dssg-pt/covid19pt-data/>

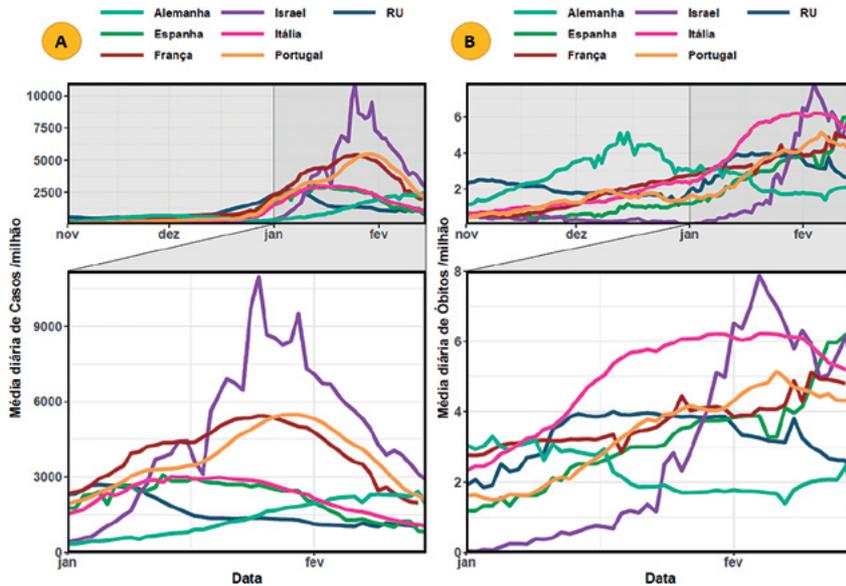


Figura 40 Evolução da média diária a 7 dias do número de casos (gráfico A) e óbitos (gráfico B) por milhão de habitantes entre 1 janeiro e 15 fevereiro de 2022 em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

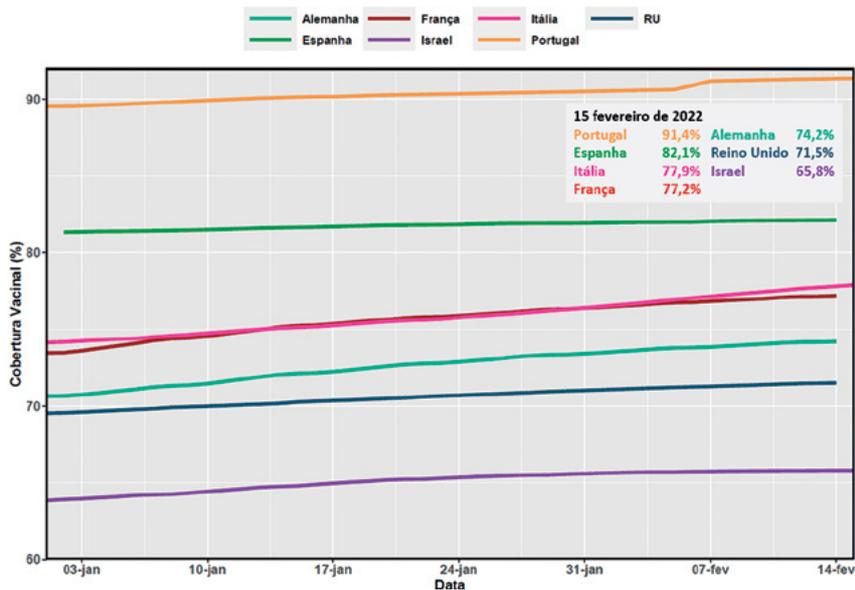


Figura 41. Evolução da cobertura vacinal primária, entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro de 2022, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

A maioria dos países representados na figura 40, entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro, está a ser afetada pela variante *Omicron*, apresentando um crescimento acelerado da incidência até finais de janeiro. A partir dessa altura, a tendência inverte-se, mantendo-se decrescente até ao final deste período.

Portugal e França mostram tendências muito semelhantes no número de casos. Todavia, a dimensão do número de infeções é distinta, superior em França até finais de janeiro. A partir daí, verifica-se maior incidência em Portugal. Entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro, estes dois países atingem, em média, picos superiores a 5 mil casos diários por milhão de habitantes (gráfico A da figura 40). As curvas da incidência de Espanha e de Itália são também bastante idênticas (gráfico A da figura 40). Registam ambas, neste período, máximos pouco superiores a 2900 novas infeções diárias por milhão. A situação britânica é um pouco distinta da dos restantes países. Atinge o pico da sua incidência a 5 de janeiro e desde aí apresenta uma trajetória descendente no número de casos. A Alemanha, como havia sido referido anteriormente, foi afetada pela variante *Delta* no período anterior e inicia agora a sua entrada na onda provocada pela variante *Omicron*. No entanto, é nesta altura um dos países da Europa com mais medidas restritivas, o que permite mitigar o impacto desta variante e apresentar um retrato epidemiológico mais favorável do que os restantes países (gráfico A da figura 40). Em Israel, também já afetado pela nova variante, os casos começam a aumentar apenas no final de dezembro, com um ritmo de crescimento alucinante. A 25 de janeiro, há, em média, quase 11 mil infeções diárias por milhão de habitantes, isto é, 27 vezes mais casos diários comparativamente ao primeiro dia do ano (gráfico A da figura 40). A 15 de fevereiro, todos estes países registam incidências inferiores a 3000 casos diários por milhão de habitantes.

Todos os países representados na figura 40, exceto a Alemanha, mostram tendências crescentes no número de mortes durante este período. Contudo, as dimensões são heterogéneas (gráfico B da figura 40). A 15 de fevereiro, Espanha, Israel, Itália, França e Portugal são, por esta ordem, os que apresentam maior mortalidade, registando uma média superior a 4 mortes diárias por milhão de habitantes. Seguem-se Reino Unido e Alemanha, com menos de 3 óbitos diários por milhão (gráfico B da figura 40).

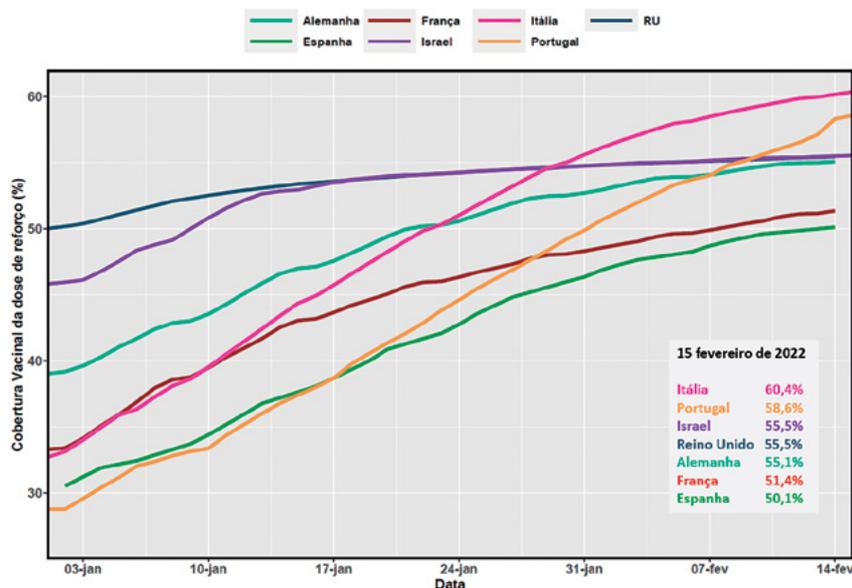


Figura 42 Evolução da cobertura vacinal da dose de reforço, entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro de 2022, em Espanha, Reino Unido, França, Alemanha, Portugal, Itália e Israel. Fonte: Our World in Data. (2022). <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

No cenário europeu, o progresso na vacinação focaliza-se na administração da 3.^a dose ou dose de reforço. Nesta altura, tal como nos últimos dois meses, a cobertura vacinal primária (2 doses) tem mostrado poucas evoluções (figura 41). Entre 1 de janeiro e 15 de fevereiro, dos países representados, França, Itália e Alemanha são os que mais avançaram na vacinação primária, inoculando quase 4% da sua população com as 2 doses neste período. Nesta fase, Portugal, já com uma cobertura vacinal primária muito elevada, imuniza quase mais 2% da população com 2 doses, atingindo uma cobertura de 91,4% a 15 de fevereiro (figura 41). Por agora, os esforços concentram-se na administração da dose de reforço para repor alguma da imunidade perdida desde a 2.^a dose, ajudando a reduzir o impacto da variante *Omicron*. Israel e Reino Unido, que já apresentavam uma elevada cobertura vacinal de reforço no início do ano, vacinam menos de 10% até 15 de fevereiro (figura 42). Os restantes países representados exibem maiores avanços neste processo. Portugal e Itália são os que mais progridem, inoculando quase 30% das suas populações com a 3.^a dose durante este mês e meio, e atingem uma cobertura de reforço superior a 58% a 15 de fevereiro. Seguem-se Espanha, França e Alemanha, que imunizam quase 20% neste período de

tempo e, a 15 de fevereiro, têm pelo menos metade dos seus habitantes com a 3.^a dose (figura 42).

Neste primeiro mês e meio do ano de 2022, Portugal acelera substancialmente o processo de administração da 3.^a dose, especialmente nos grupos etários abaixo dos 60 anos (tabela 28). Entre 4 de janeiro e 15 de fevereiro, vacinam-se 63%, 49%, 38% e 35%, das populações associadas aos grupos etários 40-49, 50-59, 30-39 e 18-29 anos respetivamente (tabela 28). A vacinação incompleta (1 dose) das crianças dos 5-11 anos não progrediu muito (apenas 4%) neste período, mas mais de metade (51%) já se encontra parcialmente imunizada (tabela 28).

Tabela 28 Cobertura vacinal da dose de reforço em Portugal por grupo etário e cobertura da vacinação (com 1 dose) das crianças entre 5 e 11 anos a 4 de janeiro de 2022 e 15 de fevereiro de 2022. Nota*: A cobertura da vacinação de crianças foi estimada considerando a população do grupo 5-9 e da população do grupo 10-14. Fonte: Relatório de vacinação da DGS. (DGS, 2022)

Vacinação da dose de reforço		
Grupo etário	4 de janeiro de 2022	15 de fevereiro de 2022
18 – 29	0 %	35 %
30 – 39	0 %	38 %
40 – 49	0 %	63 %
50 – 59	30 %	79 %
60 – 69	68 %	90 %
70 – 79	88 %	96 %
≥ 80	88 %	94 %
População total	30 %	59 %
Vacinação primária iniciada (1 dose)		
Grupo etário	4 de janeiro de 2022	15 de fevereiro de 2022
5 – 11	47 %*	51%*

3.6.4. Rumo à (nova) normalidade

A reunião do Infarmed do dia 16 de fevereiro de 2022 foi cheia de otimismo. Todos sentiam aquele encontro como uma certa despedida de um tempo que ficava ali para trás. E isso era bom, porque significava que o vírus começava a estar dominado e o país poderia agora regressar ao seu quotidiano. Os especialistas mostraram-se unânimes: estávamos numa fase de controlo da doença, que permitia olhar a COVID-19 com outros olhos.

Esta foi uma reunião mais curta do que todas as outras. Apresentaram-se os números da pandemia, pensou-se num sistema de vigilância para o SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios e projetou-se um futuro em que novas ondas pudessem ser mais controladas. Não conseguimos antecipar os dias que virão, nem tão-pouco precisar as variantes que possam surgir, assim como não é possível saber como continuará a comportar-se a vacina... Há muito que nos habituamos a lidar com a incerteza e isso, decerto, habilita-nos a pensar melhor o presente. Enquanto uns garantem que a pandemia acabou, nós preferimos dizer que esse fim não pode ser anunciado por decreto, apesar da nossa vontade férrea de querer dizimar por completo este vírus.

Temos assumido sempre uma postura cautelosa, mas, mesmo assumindo isso, podemos dizer que, nesta altura, há um controlo da doença. Essa situação de risco reduzido permite um ajustamento das medidas em vigor. Só assim podemos continuar a contar com a colaboração da comunidade, que, ao longo de todo este tempo, tão bem tem sabido acomodar o seu comportamento à intensidade deste vírus.

Tendo em conta esta conjuntura, apresentamos um plano que evolui em dois níveis (do 1 para o 0), tal como se vê na tabela 29.

No nível 1, que passamos a ter a partir de agora, propomos que se mantenha uma vigilância do vírus em circulação (através de um sistema de vigilância semelhante à Rede Sentinela utilizada para a gripe), mas incluindo a testagem de pessoas em contacto com populações vulneráveis (admissão às unidades residenciais ou a internamento hospitalar, por exemplo) ou que circulem em espaços de maior risco de ocorrência de surtos (pré-escolar, por exemplo) e sempre em sintomáticos em contexto de diagnóstico. Propomos que caia o pedido de certificado ou teste para acesso a locais públicos ou para eventos com grande lotação de espaços. No entanto, defendemos a máscara obrigatória em ambientes fechados, transportes e em ambientes exteriores em situações de risco, como em momentos de grande concentração de pessoas.

Tabela 29 Medidas propostas no plano de desconfinamento de 16 de fevereiro.

Atividade	Nível 0	Nível 1
Testagem	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Sentinela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Sentinela; • Populações de maior vulnerabilidade (à admissão nas unidades residenciais para idosos e antes do internamento hospitalar, por exemplo); • Funcionários de pré-escolar; • Sintomáticos em contexto de diagnóstico.
Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações.
Estabelecimentos comerciais	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações.
Bares e discotecas	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações.
Fronteiras	<ul style="list-style-type: none"> • Mantêm-se regras internacionais (RSI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Isenção de teste para quem tenha certificado válido; restantes PCR ou TRAg 24h.
Certificado digital	<ul style="list-style-type: none"> • Sem limitações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado em contexto de saúde ocupacional (por exemplo, novos trabalhadores, pessoas sem plano vacinal completo).
Máscara	<ul style="list-style-type: none"> • Sem obrigatoriedade; • Promoção de máscara perante sintomas respiratórios ou perceção de risco. 	<p>Máscara obrigatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Locais interiores públicos; • Serviços de saúde; • Profissionais que lidam com populações vulneráveis; • Transportes públicos e TVDE.

Ainda estamos afastados da normalidade. Para lá chegarmos, é nossa sugestão que se atente à mortalidade e à taxa de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos. Alteramos o paradigma e focamo-nos agora nas formas graves de doença. É expectável que, com a redução das medidas, ocorra, num primeiro momento, um aumento da transmissão. Aceitamos esse risco, mas há um risco que não queremos correr: ter formas graves da doença e excesso de mortalidade.

Se com a diminuição das medidas de restrição continuarmos a assistir a uma redução de mortalidade (valor de 20 óbitos a 14 dias por um milhão de habitantes como proposto pelo ECDC) e a uma taxa de internamento inferior a 170 (limite definido como de risco reduzido pelas linhas vermelhas), então teremos condições para dar o passo seguinte, entrando assim num nível zero de medidas, o que significa que passaremos para uma certa normalidade que nos dispensaria, por exemplo, do uso das máscaras, salvo situações muito particulares.

Em que consiste, então, este nosso último plano? Monitorizar, vacinar, ventilar, preparar-nos para a ocorrência de surtos. Desde o início deste nosso trabalho, insistimos na necessidade da ventilação dos espaços interiores. Precisamos garantir a segurança dos espaços interiores. Há que investir seriamente na qualidade do ar interior. Falamos em voltar à normalidade, mas nesta normalidade terá de estar incluído um conjunto de medidas preventivas que devem ser rotineiras: não vamos descuidar a higiene das mãos ou arriscar ir trabalhar quando estamos doentes... Se fizermos isso, devemos utilizar máscara ou manter uma distância física em relação a terceiros. Assistimos a uma mudança de paradigma, resultante da alta taxa de vacinação e da menor gravidade das manifestações clínicas associadas à variante *Omicron*. Está na altura de aliviar as medidas, mantendo a monitorização e o alerta, enquanto capitalizamos o que se aprendeu com a COVID-19 e alteramos comportamentos.

No *Jornal 2* (RTP2) de 16 de fevereiro, a jornalista Sandra Sousa anunciava o seguinte: “os especialistas defendem o alívio das restrições pandémicas, ministra da saúde promete avançar tão rápido quanto possível”. E assim foi. No dia seguinte, o Conselho de Ministros decidia adotar integralmente o nosso plano. A 17 de fevereiro de 2022, o Conselho de Ministros aprovou o alívio das restrições em vigor para controlar a pandemia, anunciando, por exemplo, o fim do confinamento de contactos de risco (passando este a ser obrigatório apenas para os casos positivos) e dos limites de lotação em estabelecimentos comerciais, equipamentos e outros locais abertos ao

público. A situação de alerta manter-se-á em todo o território continental até às 23h59 de 7 de março de 2022, deixando de vigorar a situação de calamidade.

Ouvimos com atenção a decisão política. A adoção completa das medidas por nós sugeridas faz-nos pensar que temos (esta parte da) missão cumprida. Agora partiremos rumo a uma certa normalidade, esperando que nenhuma variante nos faça inverter o rumo. Para este novo futuro, levaremos uma lição aprendida: podemos sempre fazer muito, quando unimos esforços. Há outras lições a reter.

Conclusão

Lições de uma pandemia

Embora as pandemias sejam imprevisíveis, a preparação adequada e o planejamento prévio podem ajudar-nos a geri-las melhor. Por muito tempo, os coronavírus foram identificados como patógenos com alto potencial pandémico. No entanto, o mundo não estava preparado para lidar de forma eficaz com o SARS-CoV-2. Demorámos a aceitar que seríamos afetados por

um vírus que parecia tão longínquo. Hoje, depois daquilo que vivemos, há lições que devemos guardar.

Podemos argumentar que não havia sistema de saúde no mundo preparado para uma pandemia como a da COVID-19. No entanto, a tecnologia mais recente permitiu desenvolver redes de vigilância interligadas e mais inteligentes (apoiadas no digital). Basta observar o quanto evoluímos em termos organizacionais quanto à utilização de tecnologias de videoconferência ou de partilha de dados através da nuvem.

Numa perspetiva hospitalar, se é verdade que sempre existiu uma rede no Serviço Nacional de Saúde vocacionada para responder a casos urgentes e complexos, a pandemia implicou uma tal avalanche de infeções que o sistema existente para identificar necessidades e apoiar a gestão revelou-se demasiado lento para encontrar respostas efetivas. Rapidamente se percebeu que algo teria de ser feito para reduzir a pressão nas urgências e nos internamentos. Neste contexto, os sistemas digitais instalados conseguiram ir evoluindo de forma a apoiarem o processo de gestão hospitalar (tendo os serviços centrais como *pivot*), criando respostas articuladas e precisas e, assim, diminuindo a pressão. E isso também aconteceu graças à flexibilidade de resposta dos serviços.

Na fase inicial da pandemia, os profissionais de saúde de todo o mundo enfrentaram a escassez de muitos equipamentos essenciais, incluindo ventiladores e até mesmo material de proteção individual (por exemplo, máscaras faciais e luvas). Apesar da lição aprendida, não há uma forma prática de abordar esta questão, porque também não existe uma maneira fácil de armazenar esses materiais, até mesmo por razões logísticas. Além disso, a próxima crise mundial pode não estar associada a insuficiência respiratória. Por isso, é urgente pensar em soluções criativas para no futuro sermos capazes de lidar com a nossa capacidade de responder a uma variação repentina da dinâmica de procura e oferta.

Todos reconhecerão que os cuidados de saúde primários foram uma peça fulcral na resposta à COVID-19. Estes serviços conseguiram reinventar-se com alguma celeridade. O facto de termos níveis organizacionais como os Agrupamentos de Centros de Saúde – com conexão aos hospitais de referência e com proximidade aos serviços de saúde pública e equipas de enfermagem de resposta comunitária – permitiu desenvolver horários flexíveis, criar uma resposta de centros pré-urgência para COVID (Áreas Dedicadas à COVID e depois Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios), ter uma linha própria para utentes ainda antes do SNS24 estar preparado para

a emergência COVID-19 e apoiar os centros de acolhimento que entretanto se desenvolveram. Resta saber se a experiência adquirida agora se transfere para conhecimento e implementação sustentável no futuro.

Uma outra grande lição nesta pandemia foi a fragilidade da Saúde Pública. A atuação da Saúde Pública no terreno, identificando cadeias de transmissão e implementando medidas que permitiam cortar essa transmissão, era determinante para conter a doença na comunidade. Ora, face ao número avassalador de casos de infeção, depressa ultrapassamos a capacidade de resposta da Saúde Pública. Não foi fácil encontrar respostas flexíveis com envolvimento de outros intervenientes para que todo esse trabalho nunca quebrasse. A Saúde Pública sai da pandemia exausta e com uma necessidade urgente de se reorganizar e fortalecer.

Em contexto de pandemia, a promoção da literacia em saúde ganhou também redobrada importância junto das pessoas, das comunidades e das organizações, constituindo-se como uma importante resposta e ferramenta da saúde pública. Desde o início da pandemia que as palavras de ordem passaram por magnitude e incerteza. Acima de tudo, impunha-se transmitir à população comportamentos adequados – individuais ou populacionais – e medidas não farmacológicas, que se constituíam como chaves para a prevenção e controlo da pandemia. Nos próximos tempos, iremos precisar que a população incorpore na sua rotina uma série de comportamentos associados a uma proteção quanto às infeções respiratórias. Aqui a literacia em saúde não pode falhar. A comunicação também não. Ambas estão interligadas e precisam ainda de fazer algum caminho entre nós.

Durante a pandemia, estivemos sempre atentos à situação mundial: que variantes estavam em circulação, que respostas eram desencadeadas, que resultados advinham delas... Todavia, esse olhar global não pressupunha o envolvimento em sinergias à escala internacional, porque essas simplesmente nunca existiram. Cada país organizou-se sempre virado para si próprio. Assistimos, de longe, à persistência de variantes em circulação, à baixa cobertura vacinal em certas geografias e fomos criando regras de circulação entre países, conforme o interesse de cada um. É verdade que o Regulamento Sanitário Internacional como documento e reflexo de uma parceria internacional com décadas de experiência na articulação internacional e controlo de fronteiras garantiu alguma monitorização sobre eventos com impacto na saúde pública e redimensionou a atenção internacional nos primeiros casos de COVID-19, preparando equipas e fornecendo uma base de apoio à resiliência e sustentabilidade das medidas tomadas para o controlo

do vírus à escala global. Mesmo assim, temos de assumir que, neste contexto pandémico, o apoio global deveria ter sido maior. Por exemplo, no que às vacinas diz respeito. Enquanto alguns países discutiam a 3.^a dose, outros tentavam aceder à 1.^a. E lá fomos cerrando fronteiras...

Uma grande novidade na pandemia foi a utilização regular da ciência de dados para a modelação e apoio à decisão. Apesar de diferentes grupos de investigação epidemiológica desenvolverem os seus modelos, a OMS foi um interlocutor-chave na partilha de conhecimento e no apoio aos países com maior dificuldade na tomada de decisão e resposta. Iniciativas como *Data Science Hub* da OMS ou a atualização do *HIS tool* irão, decerto, melhorar respostas futuras e estabelecer sustentabilidade nas respostas de emergência e vigilância. Há, pois, que as manter e melhorar.

O futuro da resposta pandémica passa também por aumentar a capacidade de proteção da saúde pública através de mecanismos de inteligência epidemiológica, reforçando as operações necessárias para manter o estado de alerta, preparar respostas e intervenções quando estas forem ativadas por situação de emergência. Nunca teremos sucesso enquanto não houver um apoio claro à escala planetária. Uma emergência biológica com expressão pandémica, com capacidade de reservatório em qualquer região, terá potencial para se reincidir de um momento para o outro em todo o planeta. Neste contexto, a decisão política deve fazer-se guiar pela melhor evidência científica disponível. É isso que nos assegura os melhores resultados. A COVID-19 demonstrou como os cientistas podem impulsionar a sua atividade num momento crítico. Fizeram-no, por exemplo, ao gerar vacinas seguras e eficazes num período de tempo até então inimaginável ou na modelação como apoio às mais complexas decisões. No entanto, como esta pandemia demonstrou, quando enfrentamos um agente patogénico desconhecido, a evidência científica leva tempo a produzir-se, mesmo que a comunidade científica se una massivamente em torno do objetivo de prevenir e controlar a doença. Pela nossa parte, ficámos a conhecer demasiado bem quantos segundos se podem replicar dentro de cada segundo de espera... Estivemos sempre obsessivamente no encalço dessa produção científica que se queria rápida, mas que teimava em tardar. A cada nova variante, a cada novo cenário epidemiológico, a cada nova vacina, enfrentámos a necessidade de ver o tempo desdobrar-se para que a realidade se desenvolvesse, para que os dados maturassem e os mistérios se resolvessem, até ao momento em que já se soubesse o suficiente para basearmos as nossas propostas no que seria um conhecimento científico fiável. Por um lado, a nossa pressa e, por outro, a lentidão aflitiva do tempo de revelação do vírus (ou das suas variantes) e

dos efeitos das medidas de saúde pública foram sempre uma constante que acompanhou o nosso trabalho.

A ciência sozinha não pode controlar uma pandemia. A longo prazo, a divulgação ativa da ciência ao público e aos decisores é fundamental para alcançar uma implementação coordenada da intervenção em escalas, setores e grupos populacionais. Não há dúvida de que uma estratégia baseada na unificação, no envolvimento público e na tomada de decisão informada são três passos estruturantes para melhorar no futuro o controlo de emergências de saúde pública. O diálogo entre política e ciência é fulcral. Definitivamente, é-o em momentos de crise sanitária, mas também o será no quotidiano rotineiro e para lá das temáticas da saúde. Essa é uma aprendizagem a fazer.

Neste tempo, também aprendemos o quanto a comunicação é eficaz e poderá ser um coadjuvante essencial na disseminação do conhecimento, na influência das tomadas de decisão política e na construção de uma opinião pública informada e comprometida na aprendizagem de comportamentos mais preventivos. Para que tudo funcione, não é preciso uma grande e complexa estrutura de comunicação. Nós próprios fizemos isso no interior deste Grupo dos 7 e estivemos frequentemente nas primeiras páginas dos jornais mais importantes e ocupámos os alinhamentos dos noticiários de maior audiência. Nunca a nossa mensagem foi deturpada, nem tão-pouco os nossos ritmos de comunicação foram adulterados. Apenas seguimos à risca uma estratégia que tornamos clara para todos, partilhando com todos a informação de que dispúnhamos na data fixada para tal e mostrando-nos sempre disponíveis para os esclarecimentos necessários. Parece algo muito simples. E na verdade assim é, mas tudo isso requer planeamento e uma ideia muito clara do que se pretende fazer. Seria muito importante continuar esse caminho no que à comunicação da saúde diz respeito, sobretudo na relação que deve ser mantida com os *media*.

Outra lição a reter é a de que a ciência constitui um universo vasto que devemos explorar em todo o seu potencial, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade para integrar diversos tipos de conhecimento, robustecendo-se nas suas conclusões. No nosso método, incluímos a recolha e tratamento de dados provenientes da auscultação da comunidade, tanto de especialistas, como de cidadãos anónimos. E fizemos questão de não esquecer as pessoas que enfrentam a vulnerabilidade social e que, melhor do que ninguém, sabem o que é necessário fazer para a sua proteção em relação aos efeitos desiguais com que são atingidas pelas crises, sejam elas

de que tipo forem. Essa auscultação, que abriu o conhecimento científico ao saber experiencial, enriqueceu indelevelmente as nossas propostas e moldou-as de forma a reunirem maior consenso e serem mais tangíveis nos seus resultados. Não esqueçamos, por isso, de continuar a fazer dialogar a ciência, a decisão política e a comunidade. Não deixemos ninguém para trás. Não fechemos a gestão das crises de um país ao universo das elites. Incluamos todas as vozes e usemos para isso o método científico em toda a sua plasticidade.

Não esqueçamos também a importância do diálogo entre diferentes campos de saber. Não temos hoje dúvidas de que as discussões que tivemos a propósito do entrecruzamento da medicina, da psicologia, da educação, da comunicação, da matemática nos tornaram, simultaneamente, mais sábios e mais humildes. E melhoraram as nossas propostas.

Por fim, uma lição: o caminho faz-se com todos. Se, neste tempo que o livro reflete, o país conseguiu controlar o vírus, isso deve-se aos decisores políticos a quem coube tomar medidas, aos especialistas que procuraram sempre ajudar a partir dos seus domínios de trabalho e, acima de tudo, aos cidadãos. A eles se deve tudo.

Referências bibliográficas

Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7, 100294. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>

AJMC. (2021, janeiro 1). *A Timeline of COVID-19 Developments in 2020*. <https://www.ajmc.com/view/a-timeline-of-covid19-developments-in-2020>

Amorim, R. (2021, novembro 20). *Olhar menos para o local, mais para o global*. Diário de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/20-nov-2021/olhar-menos-para-o-local-mais-para-o-global-14335312.html>

Andrade, D. (2021, abril 29). *A luz e o túnel*. Jornal de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.jn.pt/opiniao/domingos-de-andrade/a-luz-e-o-tunel-13623984.html>

Andrews, N., Tessier, E., Stowe, J., Gower, C., Kirsebom, F., Simmons, R., Gallagher, E., Chand, M., Brown, K., Ladhani, S. N., Ramsay, M., & Bernal, J. L. (2021). *Vaccine effectiveness and duration of protection of Comirnaty, Vaxzevria and Spikevax against mild and severe COVID-19 in the UK*. <https://doi.org/10.1101/2021.09.15.21263583>

Arreigoso, V. (2020, fevereiro 28). *Diretora-geral da Saúde: “Prevemos 21 mil casos de coronavírus em Portugal na semana mais crítica.”*. Expresso. <https://expresso.pt/sociedade/2020-02-28-Diretora-geral-da-Saude-Prevemos-21-mil-casos-de-coronavirus-em-Portugal-na-semana-mais-critica>

Assembleia da República. (2020, março 19). *Lei nº1-A/2020 - Medidas excecionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e da doença COVID-19*. Portugal: Governo de Portugal. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2020-131193460>

Assembleia da República. (2020, março 19). *Lei nº1-A/2020 - Medidas excecionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e da doença COVID-19*. Portugal: Governo de Portugal. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2020-131193460>

Bar-On, Y. M., Goldberg, Y., Mandel, M., Bodenheimer, O., Freedman, L., Kalkstein, N., Mizrahi, B., Alroy-Preis, S., Ash, N., Milo, R., & Huppert, A. (2021). Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against COVID-19 in Israel. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2114255>

Bernal, J. L., Andrews, N., Gower, C., Robertson, C., Stowe, J., Tessier, E., Simmons, R., Cottrell, S., Roberts, R., O'Doherty, M., Brown, K., Cameron, C., Stockton, D., McMenamin, J., & Ramsay, M. (2021). Effectiveness of the Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines on COVID-19 related symptoms, hospital admissions, and mortality in older adults in England: test negative case-control study. *BMJ*, 373, n1088. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1088>

Borges, L. (2021, julho 1). *Quase 4 milhões de portugueses proibidos de circular na rua depois das 23h*. Público. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2021/07/01/politica/noticia/quase-4-milhoes-portugueses-proibidos-circular-rua-23h-1968797>

Botelho, L. (2021, março 11). *Preocupado com o desconfinamento, Marcelo preserva-se e não fala ao país*. Público. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2021/03/11/politica/noticia/preocupado-desconfinamento-marcelo-preservase-nao-fala-pais-1954003>

Carrapatoso, M. (2020, março 17). *Governo cria cerca sanitária em torno de Ovar*. Expresso. <https://expresso.pt/coronavirus/2020-03-17-Governo-cria-cerca-sanitaria-em-torno-de-Ovar-1>

Carvalho, M. (2020, maio 1). *O novo fato de António Costa*. Público. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2020/05/01/opiniao/noticia/novo-fato-antonio-costa-1914703>

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., El-harakeh, A., Bognanni, A., Lotfi, T., Loeb, M., Hajizadeh, A., Bak, A., Izcovich, A., Cuello-Garcia, C. A., Chen, C., Harris, D. J., Borowiack, E., & Chamseddine, F. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395(10242). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)

Cohn, B. A., Cirillo, P. M., Murphy, C. C., Krigbaum, N. Y., & Wallace, A. W. (2021). SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.abm0620>

Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research. (2021). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Costa, S. (2020, março 18). *Ovar, concelho fechado por todos os lados – menos por um*. Público. <https://www.publico.pt/2020/03/18/sociedade/reportagem/ovar-concelho-fechado-lados-menos-1908298>

Coutinho, M. (2021). *O estado e a evolução da matriz de risco*. Jornal de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.jn.pt/opiniao/domingos-de-andrade/a-luz-e-o-tu-nel-13623984.html>

COVID-19 Data Explorer. (2021, fevereiro 1). Our World in Data. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?tab=map&zoomToSelectIon=true&time=2021-02-01&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=Biweekly&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=USA-GBR-DEU-ITA-CHL-PRT-QAT-ISR-ISL>

Dagan, N., Barda, N., Kepten, E., Miron, O., Perchik, S., Katz, M. A., Hernán, M. A., Lipsitch, M., Reis, B., & Balicer, R. D. (2021). BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *The New England Journal of Medicine*, 384. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101765>

Dantas, M., Borges, L., & Neves, S. (2021, julho 29). *Acaba o recolher obrigatório. Horários até às 2h. Fim das máscaras na rua em setembro. Saiba tudo o que muda*. Público. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2021/07/29/sociedade/noticia/estabelecimentos-abertos-ate-2h-mascaras-rua-acabam-setembro-saiba-muda-1972305>

Davies, M.-A., Kassanjee, R., Rousseau, P., Morden, E., Johnson, L., Solomon, W., Hsiao, N.-Y., Hussey, H., Meintjes, G., Paleker, M., Jacobs, T., Raubenheimer, P., Heekes, A., Dane, P., Bam, J.-L., Smith, M., Preiser, W., Pienaar, D., Mendelson, M., & Naude, J. (2022). *Outcomes of laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection in the Omicron-driven fourth wave compared with previous waves in the Western Cape Province, South Africa*. <https://doi.org/10.1101/2022.01.12.22269148>

Davies, N. G., Abbott, S., Barnard, R. C., Jarvis, C. I., Kucharski, A. J., Munday, J. D., Pearson, C. A. B., Russell, T. W., Tully, D. C., Washburne, A. D., Wenseleers, T., Gimma, A., Waites, W., Wong, K. L. M., van Zandvoort, K., Silverman, J. D., Diaz-Ordaz, K., Keogh, R., Eggo, R. M., & Funk, S. (2021). *Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England*. *Science*, eabg3055. <https://doi.org/10.1126/science.abg3055>

Dinis, D. & Valente, L. (2020, abril 18). *Reanimar sem descontrolar. O vírus não hiberna no verão*. Expresso.

Dinis, D. & Valente, L. (2021, março 4). *Plano de desconfinamento: diferente de maio, sem datas certas e a várias velocidades*. Expresso.

Direção do Jornal de Notícias. (2021, março 12): *A solidão de Costa*. JN. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.jn.pt/opiniao/a-solidao-de-costa-13448312.html>

Direção-Geral da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, junho 18). *Relatório de monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-de-monitorizacao-das-linhas-vermelhas-para-a-COVID-19-18-06-2021/>

Direção-Geral da Saúde. (2020, abril 4). *COVID-19 | Uso máscaras na comunidade*. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/04/14/COVID-19-uso-mascaras-na-comunidade/>

Direção-Geral da Saúde. (2020, maio 20). *Comunicação de crise e Perceção de Riscos*. <https://covid19.min-saude.pt/comunicacao-de-crise-e-percecao-de-riscos/>

Direção-Geral da Saúde. (2021, março 11). *Orientação 009/2020 - COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Retirado a 18 de fevereiro, 2022, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2020, março 20). *COVID-19: Uso de máscaras pela população*. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/20/COVID-19-uso-de-mascaras-pela-populacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2020, setembro 21). *Plano da saúde para o outono-inverno 2020-21. Versão não consolidada submetida ao conselho económico e social e conselho nacional de saúde*. (2020). Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-saude-para-o-outono-inverno-2020-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Relatórios de Vacinação*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dgs.pt/em-destaque.aspx?v=%3d%3dNgAAAB%2bLCAAAAAABADLTc5LtfXLYUu21QEDtcSUssS85FRbE7XkxOSM1OT8vJKi%2fBxblwMjIDKwMDQzMTU0AgDmo939NgAAAA%3d%3d>

Direção-Geral da Saúde. (2021, agosto 26). *Orientação 009/2021 - COVID-19: Recintos Desportivos em Ambiente Fechado e em Ambiente Aberto*. Retirado a 18 de fevereiro, 2022, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092021-de-26082021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatórios de Vacinação*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dgs.pt/em-destaque.aspx?v=%3d%3dNgAAAB%2bLCAAAAAABADLTc5LtfXLYUu21QEDtcSUssS85FRbE7XkxOSM1OT8vJKi%2fBxblwMjIDKwMDQzMTU0AgDmo939NgAAAA%3d%3d>

Duarte, R. (2021). Uma Perspetiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2020.” *Acta Médica Portuguesa*, 34(2), 84. <https://doi.org/10.20344/amp.15654>

Duddu, P. (2020, abril 2). *COVID-19 coronavirus: Top ten most-affected countries*. <https://www.pharmaceutical-technology.com/features/COVID-19-coronavirus-top-ten-most-affected-countries/>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, April 23). *Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-COVID-19-pandemic-ninth-update>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, fevereiro 28). *Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, janeiro 31). *Risk assessment: Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA – third update*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-outbreak-acute-respiratory-syndrome-associated-novel-1>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021, junho 23). *Threat Assessment Brief: Implications for the EU/EEA on the spread of the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) variant of concern*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021, novembro 26). *Threat Assessment Brief: Implications of the emergence and spread of the SARS-CoV-2 B.1.1. 529 variant of concern (Omicron) for the EU/EEA*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-emergence-sars-cov-2-variant-b.1.1.529>

Ferguson, N., Ghani, A., Hinsley, W., & Volz, E. on behalf of the Imperial College COVID-19 response team. (2021, dezembro 22). *Report 50 - Hospitalisation risk for Omicron cases in England*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-50-severity-omicron/>

Ferreira, R. (2021, setembro 13). *Graça Freitas: "Vamos libertar os portugueses da carga dos boletins diários da covid"*. Público. <https://www.publico.pt/2021/09/13/sociedade/noticia/graca-freitas-vamos-libertar-portugueses-carga-boletins-diarios-COVID-1977335>

Figueira, A. (2021, março 12). *Costa vai mais longe do que os peritos e revela plano até maio*. JN.

Fonseca, J. (2021, setembro 23). *"Vamos manter os centros de vacinação como eles existem", diz António Costa*. Eco Sapo. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://eco.sapo.pt/2021/09/23/vamos-manter-os-centros-de-vacinacao-como-eles-existem-diz-antonio-costa/>

Fort, H. (2021). *A very simple model to account for the rapid rise of the British variant of SARS-CoV-2 in several countries and the world*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.13.21254841>

Goes, A. R., Pedro, A. R., Gama, A., Moniz, A. M., Lourenço, B., Nunes, C., Parreira, C., Avelar, F., Soares, P., Laires, P., Santana, R. & Dias, S. (2021, março 23). *Motivação para a adoção das medidas de proteção da COVID-19*. Barómetro COVID-19. <https://barometro-COVID-19.ensp.unl.pt/motivacao-para-a-adoacao-das-medidas-de-protecao-da-COVID-19/>

Goh, B. (2020, janeiro 11). *Morre homem infetado em surto de vírus misterioso na China*. Reuters. <https://www.reuters.com/article/china-virus-morte-idLTAKBN1ZA0SN>

Haas, E. J., Angulo, F. J., McLaughlin, J. M., Anis, E., Singer, S. R., Khan, F., Brooks, N., Smaja, M., Mircus, G., Pan, K., Southern, J., Swerdlow, D. L., Jodar, L., Levy, Y., & Alroy-Preis, S. (2021). Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, 397(10287), 1819-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

Henriques, J. (2021, julho 15). *O pico da pandemia já passou? Para o Governo, "parece" que sim*. Diário de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/politica/o-pico-da-pandemia-ja-passou-para-o-governo-parece-que-sim-13943467.html>

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto & Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência. (2021, março). *Um ano depois: o que relataram as mulheres de diferentes gerações nos Diários de uma Pandemia*. Diários de uma Pandemia. https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio_3-de-fevereiro-a-5-de-marco-de-2021.pdf

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, dezembro 14). *Relatório de situação sobre diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 em Portugal*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-de-situacao-sobre-diversidade-genetica-do-novo-coronavirus-sars-cov-2-em-portugal-14-12-2021/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, dezembro 21). *Relatório de situação sobre diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 em Portugal*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-de-situacao-sobre-diversidade-genetica-do-novo-coronavirus-sars-cov-2-em-portugal-21-12-2021/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, junho 20). *Relatório de situação sobre diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 em Portugal*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/resultados-preliminares-de-junho-indicam-prevalencias-da-variante-delta-superior-a-60-em-lvt-e-inferior-a-15-no-norte-2/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, junho 28). *Relatório de situação sobre diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 em Portugal*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-de-situacao-sobre-diversidade-genetica-do-novo-coronavirus-sars-cov-2-em-portugal-28-06-2021/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021, maio 31). *Relatório de situação sobre diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 em Portugal*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-de-situacao-sobre-diversidade-genetica-do-novo-coronavirus-sars-cov-2-em-portugal-31-05-2021/>

Jornal de Notícias. (2021, dezembro 25). *Mensagem de Marcelo Rebelo de Sousa: Duas lembranças para o Natal*. Retirado a 20 de fevereiro, 2022, de <https://www.jn.pt/nacional/mensagem-de-marcelo-rebelo-de-sousa-duas-lembrancas-para-o-natal-14438809.html>

Krause, P., Fleming, T., Peto, R., Longini, I., Figueroa, J., Sterne, J., Cravioto, A., Rees, H., Higgins, J., Boutron, I., Pan, H., Gruber, M., Arora, N., Kazi, F., Gaspar, R., Swaminathan, S., Ryan, M., & Henao-Restrepo, A.-M. (2021). *Viewpoint Considerations in boosting COVID-19 vaccine immune responses*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02046-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02046-8)

Lai, S., Ruktanonchai, N. W., Zhou, L., Prosper, O., Luo, W., Floyd, J. R., Wesolowski, A., Santillana, M., Zhang, C., Du, X., Yu, H., & Tatem, A. J. (2020). *Effect of non-pharmaceutical interventions for containing the COVID-19 outbreak in China*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20029843>

Lopes, F., Almeida Santos, C., Magalhães, O., Duff Burnay, C., Araújo, R., & Sá, A. (2021). A cobertura noticiosa da pandemia: um retrato dos dilemas e práticas profissionais na era COVID-19. *Mediapolis – Revista de Comunicação, Jornalismo E Espaço Público*, 13, 109–124. https://doi.org/10.14195/2183-6019_13_6

Lusa (2021, março 1). *COVID-19: Estudo identifica níveis alarmantes de fadiga pandémica*. Diário de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/sociedade/COVID-19-estudo-identifica-niveis-alarmantes-de-fadiga-pandemica--13406039.html>

Lusa. (2021, dezembro 1). *Natal. Primeiro-ministro não afasta novas medidas de combate à pandemia*. RTP. https://www.rtp.pt/noticias/politica/natal-primeiro-ministro-nao-afasta-novas-medidas-de-combate-a-pandemia_n1367278

Lusa. (2021, julho 29). *Costa anuncia que medidas passam a ter dimensão nacional*. TSF. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/costa-anuncia-que-medidas-passam-a-ter-dimensao-nacional-13988540.html>

Lusa. (2021, junho 13). *Marcelo diz que com ele “não vai haver” volta atrás no desconfinamento*. Público. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2021/06/13/politica/noticia/marcelo-nao-vai-haver-volta-atras-desconfinamento-1966280>

Lusa. (2021, novembro 3). *“Profissionais de saúde e do setor social vão ser vacinados “muito em breve” com terceira dose*. Retirado a 18 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/sociedade/profissionais-de-saude-e-do-setor-social-vaio-ser-vacinados-muito-em-breve-com-terceira-dose-14284254.html>

Lusa. (2021, novembro 5). *COVID-19: DGS avisa que pandemia não acabou e insiste nas medidas de proteção*. Público. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.publico.pt/2021/11/05/sociedade/noticia/covid19-dgs-avisa-pandemia-nao-acabou-insiste-medidas-protECAo-1983803>

Lynge, F. P., Mortensen, L. H., Denwood, M. J., Christiansen, L. E., Møller, C. H., Skov, R. L., Spiess, K., Fomsgaard, A., Lassaunière, M. M., Rasmussen, M., Stegger, M., Nielsen, C., Sieber, R. N., Cohen, A. S., Møller, F. T., Overvad, M., Mølbak, K., Krause, T. G., & Kirkeby, C. T. (2021). *SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>

Matsuyama, K. (2021, dezembro 9). *Omicron four times more transmissible than delta in Japan study*. Bloomberg. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-12-09/omicron-four-times-more-transmissible-than-delta-in-japan-study>

Mishra, S. (2021, junho 18). *A variante Delta é preocupante. Descubra porque está a aumentar*. National Geographic. <https://www.natgeo.pt/ciencia/2021/06/a-variante-delta-e-preocupante-descubra-porque-esta-a-aumentar>

Neves, C. (2021, dezembro 21). *Novas proibições para evitar repetir um janeiro trágico*. Diário de Notícias. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/sociedade/novas-proibicoes-para-evitar-repetir-um-janeiro-tragico-14431575.html>

Pacho, L. (2020, março 23). *Itália detetou há um mês o primeiro contágio local da COVID-19. Agora vive a pior crise desde 1945*. El País Brasil. <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-23/italia-detectou-ha-um-mes-o-primeiro-contagio-local-da-covid-19-agora-vive-a-pior-crise-desde-1945.html>

Petiz, J. (2021, março 9). *Desconfinar, mas devagarinho*. Diário de Notícias. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/09-mar-2021/desconfinar-mas-devagarinho-13434133.html>

Picó, D. (2020, março 25). *Gori (alcalde de Bérgamo): “El Atalanta-Valencia fue una bomba biológica.”*. Marca <https://www.marca.com/futbol/valencia/2020/03/25/5e7b106c22601d35238b4595.html>

Politi, J., Martín-Sánchez, M., Mercuriali, L., Borrás-Bermejo, B., Lopez-Contreras, J., Vilella, A., Villar, J., Orcau, A., de Olalla, P. G., & Rius, C. (2021). Epidemiological characteristics and outcomes of COVID-19 cases: mortality inequalities by socio-economic status, Barcelona, Spain, 24 February to 4 May 2020. *Eurosurveillance*, 26(20). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.20.2001138>

Presidência da República. (2020, dezembro 17). *Decreto do Presidente da República n.º 66-A/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/66-A-2020-151557411>

Presidência da República. (2020, dezembro 4). *Decreto do Presidente da República n.º 61-A/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/61-A-2020-150509281>

Presidência da República. (2020, março 18). *Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020*. Dre.pt. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/14-a-2020-130399862>

Presidência da República. (2020, novembro 20). *Decreto do Presidente da República n.º 59-U/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/59-A-2020-149106929>

Presidência da República. (2020, novembro 6). *Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/51-U-2020-147933283>

Presidência da República. (2021, abril 14). *Decreto do Presidente da República n.º 41-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/41-A-2021-161433529>

Presidência da República. (2021, fevereiro 25). *Decreto do Presidente da República n.º 21-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/21-A-2021-158368125>

Presidência da República. (2021, janeiro 13). *Decreto do Presidente da República n.º 6-B/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/6-B-2021-153917314>

Presidência da República. (2021, janeiro 6). *Decreto do Presidente da República n.º 6-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/6-A-2021-153138220>

Presidência da República. (2021, março 11). *Decreto do Presidente da República n.º 25-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/25-A-2021-159304330>

Presidência da República. (2021, março 25). *Decreto do Presidente da República n.º 31-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/31-A-2021-160316741>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, abril 17). *Decreto n.º 2-C/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/2-C-2020-131908499>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, dezembro 21). *Decreto n.º 11-A/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/11-A-2020-151904698>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, dezembro 6). *Decreto n.º 11/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/44136-150509308>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, julho 20). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-D/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/53-D-2020-138461849>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, março 20). *Decreto do Presidente da República n.º 2-A/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/2-a-2020-130473161>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, novembro 21). *Decreto n.º 9/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/44075-149103950>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020, novembro 8). *Decreto n.º 8-C/2020*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/2-C-2020-131908499>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, abril 15). *Decreto n.º 6-A/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/6-A-2021-161521806>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, fevereiro 12). *Decreto n.º 3-E/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/3-E-2021-157397591>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, fevereiro 26). *Decreto n.º 3-F/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/3-F-2021-158507655>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, janeiro 22). *Decreto n.º 3-C/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/3-C-2021-154946853>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, janeiro 29). *Decreto n.º 3-D/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/3-D-2021-155739190>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, janeiro 7). *Decreto n.º 2-A/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/2-A-2021-153341303>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, março 13). *Decreto n.º 4/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/44287-159432418>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, março 13). *Decreto-Lei n.º 10-A/2020*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/3-C-2021-154946853>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, março 28). *Decreto n.º 5/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto/44317-160422311>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, novembro 27). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2021-175043501>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, setembro 29). *Decreto-Lei n.º 78-A/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/decreto-lei/78-A-2021-172153527>

Presidência do Conselho de Ministros. (2021, setembro 29). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 135/2021*. <https://dre.pt/dre/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/135-A-2021-172153528>

Público. (2020, janeiro 24, fotogaleria). *As imagens de uma China de quarentena por causa do novo coronavírus*. <https://www.publico.pt/2020/01/24/fotogaleria/china-coronavirus-399816>

Rádio e Televisão de Portugal. (2020, novembro 15). *COVID-19. Hospitais do Norte transferem doentes que precisam de ECMO para Lisboa*. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de https://www.rtp.pt/noticias/pais/COVID-19-hospitais-do-norte-transferem-doentes-que-precisam-de-ecmo-para-lisboa_n1275510

Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Beltekian, D., Mathieu, E., Hasell, J., Macdonald, B., Giattino, C., Appel, C., Rodés-Guirao, L., & Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-stringency-index>

Santiago, D. & Curvelo, P. (2021, julho 29). *Libertação chega em outubro. Regras serão nacionais, fim da máscara na rua e horários até às 2h*. Negócios. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/coronavirus/detalhe/regras-passam-a-ser-nacionais-e-horarios-de-comercio-e-restauracao-voltam-ao-normal>

Serviço Nacional de Saúde. (2020, março 17). *Governo declara estado de calamidade em Ovar*. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/17/governo-declara-estado-de-calamidade-em-ovar/>

Sevillano, O. G. & Elena, G. (2020, março 17). *La epidemia golpea a España sin pruebas diagnósticas suficientes*. El País. <https://elpais.com/sociedad/2020-03-17/sanidad-reconoce-su-incapacidad-para-hacer-las-pruebas-necesarias.html>

Sousa, J. (2021, novembro 25). *Portugal em situação de calamidade a partir de 1 de dezembro. Testagem obrigatória para entrar em estádios e discotecas*. O Jornal Económico. <https://jornaleconomico.pt/noticias/portugal-em-situacao-de-calamidade-a-partir-de-1-de-dezembro-testagem-obrigatoria-para-entrar-em-estadios-e-discotecas-813205>

Sousa, M. (2020, março 13). *Presidente da República exorta Portugueses a mobilizarem-se contra o COVID-19*. Retirado a 7 de fevereiro, 2022, de <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2020/03/presidente-da-republica-exorta-portugueses-a-mobilizarem-se-contra-o-COVID-19/>

Thompson, M. G. (2021). Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers – Eight U.S. Locations, December 2020–March 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(13). <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3>

TSF. (2021, dezembro 26). *Novos máximos. Portugal regista mais de 620 mil testes à COVID-19 em dois dias*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/novos-maximos-portugal-regista-mais-de-620-mil-testes-a-COVID-19-em-dois-dias-14441075.html>

United Kingdom Health Security Agency. (2021, dezembro 17). *Investigation of SARS-CoV-2 variants: technical briefing 32*. GOV.UK. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings>

United Kingdom Health Security Agency. (2021, outubro 22). *Investigation of SARS-CoV-2 variants: technical briefing 26*. GOV.UK. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings>

United Nations International Children's Emergency Fund. (2021, setembro 23). *Global leaders commit further support for global equitable access to COVID-19 vaccines and COVAX*. <https://www.unicef.org/press-releases/global-leaders-commit-further-support-global-equitable-access-COVID-19-vaccines-0>

Wolter, N., Jassat, W., Walaza, S., Welch, R., Moultrie, H., Groome, M., Amoako, D. G., Everatt, J., Bhiman, J. N., Scheepers, C., Tebeila, N., Chiwandire, N., du Plessis, M., Govender, N., Ismail, A., Glass, A., Mlisana, K., Stevens, W., Treurnicht, F. K., & Makatini, Z. (2022). Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study. *The Lancet*, 399(10323). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00017-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00017-4)

World Health Organization Europe. (3rd edition 2016 (2005)). *Points of entry: IHR, Annex 1b and relevant articles*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/points-of-entry/points-of-entry>

World Health Organization. (2020, janeiro 5). *Pneumonia of unknown cause – China*. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>

World Health Organization. (2021). *Tracking SARS-CoV-2 variants*. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

World Health Organization. (2021, agosto 10). *Interim statement on COVID-19 vaccine booster doses*. <https://www.who.int/news/item/10-08-2021-interim-statement-on-COVID-19-vaccine-booster-doses>

World Health Organization. (2021, novembro 26). *Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern*. [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)

World Health Organization. (3rd edition 2016 (2005)). *Minimizing health risks at airports, ports and ground crossings*. Retirado a 8 de fevereiro, 2022, de <https://www.who.int/activities/minimizing-health-risks-at-airports-ports-and-ground-crossings>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). *Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management: revised version November 2020*. Apps.who.int. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337574>

Tabelas dos planos de desconfinamento

Tipo de Atividade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Setor escolar 	Regras gerais: <ul style="list-style-type: none"> Cumprimento do distanciamento físico, com definição de pessoas/m²; Utilização obrigatória de máscara; Promoção de desfasamento de horário; Promoção de higienização dos espaços e superfícies. 	Secundário e 3º ciclo. Ensino superior (apenas as que exigem presença física).	1º ciclo (primária). 2º ciclo (até aos 12 anos).	Pré-escolar e infantil.	Suspensão da atividade.
Tipo de Atividade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Atividade Laboral 	Medidas gerais: <ul style="list-style-type: none"> Teletrabalho sempre que possível; Trabalho presencial garantindo o distanciamento físico (se necessário com diminuição da lotação permitida por m²); Aumento da testagem dos funcionários que não possam trabalhar remotamente e não façam parte dos grupos prioritários de vacinação; Promoção de horários desfasados. 	Trabalho em locais comuns com contacto com público e com contacto físico individual.	Trabalho em locais comuns com contacto com público sem haver contacto físico, garantindo o distanciamento entre as pessoas.	Trabalho isolado; Trabalho em locais comuns sem contacto com público, mantidas as medidas gerais.	Serviços essenciais; Teletrabalho e desfasamento de horário obrigatórios, sempre que a atividade o permita.

Tipo de Atividade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
	<p>Regras gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento do distanciamento físico, com definição de pessoas/m²; • Utilização obrigatória de máscara; • Promoção de desfasamento de horário; • Promoção de higienização dos espaços e superfícies; • Nas atividades de interior, assegurar bons sistemas de ventilação e aquecimento assim como a sua manutenção. Promoção da prática de abertura frequente de janelas e portas nas atividades de interior; • Promoção de atividades em exterior ou remotamente, sempre que possível; • Promoção de conjuntos sociofamiliares restritos ("bolhas") que permitam a interação social de forma mais segura; • Durante a fase inicial do desconfinamento, prevê-se que as atividades possam funcionar de segunda a sexta até às 21h e sábados até às 13h. Poderão manter-se atividades comerciais fora desse período em regime de take away ou delivery. Esta estratégia deve ser mantida até ao nível 2. 				
	<p>Aberto com cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m².</p>	<p>Aberto com cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m².</p>	<p>Restrição de horário. Aberto com cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m².</p>	<p>Venda ao postigo. Restrição de horário.</p>	<p>Suspensão da atividade, exceto serviços essenciais; Restrição de horários.</p>
	<p>Familiares diretos e amigos próximos, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.</p>	<p>Familiares diretos e amigos próximos desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.</p>	<p>Familiares diretos e amigos próximos, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.</p>	<p>Familiares diretos e amigos próximos, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.</p>	<p>Familiares diretos e amigos próximos, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.</p>
Comércio e Retalho					
Cerimónias Fúnebres					

Restauração e similares		<p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 10 pessoas na mesma mesa). Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição.</p>	<p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 4 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 6 pessoas na mesma mesa). Cumprimento do distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição.</p>	<p>Serviço de esplanada, desde que seja cumprido o distanciamento social e o uso de máscara, excepto no momento da refeição (máximo de 4 pessoas na mesma mesa).</p>	<p>Serviço de take away ou entrega.</p>	<p>Serviço de take away ou entrega.</p>
Alojamento e hotelaria		<p>Abertos com diminuição da lotação dos espaços comuns cumprimento. Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Abertos com diminuição da lotação dos espaços comuns. Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Abertos com diminuição da lotação dos espaços comuns. Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.</p>	<p>Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.</p>
Unidades residenciais para idosos		<p>Permissão de visitas.</p>	<p>Permissão de visitas.</p>	<p>Permissão de visitas.</p>	<p>Uma visita semanal.</p>	<p>Uma visita semanal.</p>
Atividades desportivas (interior e exterior)		<p>Permissão de atividades, com cumprimento das medidas de distanciamento.</p>	<p>Permissão de atividades ao ar livre (máximo de 6 pessoas) ou individuais em interior, com cumprimento das medidas de distanciamento.</p>	<p>Permitidas atividades ao ar livre (máximo 4 pessoas) ou individuais em interior, cumprindo as medidas de distanciamento.</p>	<p>Permitidas atividades individuais ao ar livre ou individuais em interior, cumprindo as medidas de distanciamento.</p>	<p>Permitidas atividades individuais ao ar livre, restritas à zona de residência; Atividades profissionais e de competição (sem público) com testagem regular.</p>

<p>Eventos de grande dimensão em exterior</p>		<p>Abertos com diminuição da lotação (distanciamento com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Abertos com diminuição da lotação (distanciamento com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Regime de "drive in".</p>	<p>Suspensão de atividade.</p>	<p>Suspensão de atividade.</p>
<p>Eventos de grande dimensão em interior</p>		<p>Abertos com diminuição da lotação permitida (distanciamento com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Abertos com diminuição da lotação permitida (distanciamento com definição de pessoas/m²).</p>	<p>Suspensão de atividade.</p>	<p>Suspensão de atividade.</p>	<p>Suspensão de atividade.</p>
<p>Circulação em espaços públicos</p>		<p>Circulação com manutenção da distância, uso de máscara, até um máximo de 10 pessoas.</p>	<p>Circulação com manutenção da distância, uso de máscara, até um máximo de 6 pessoas (levantamento do recolher obrigatório).</p>	<p>Passeios higiénicos na zona de residência/alojamento (dever de recolher obrigatório).</p>	<p>Passeios higiénicos na zona de residência, aquisição de bens (dever de recolher obrigatório).</p>	<p>Passeios higiénicos na zona de residência, aquisição de bens essenciais (dever de recolher obrigatório).</p>
<p>Convívio familiar</p>		<p>Agregado familiar e outras 10 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento social, uso de máscara.</p>	<p>Agregado familiar e outras 6 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento social, uso de máscara.</p>	<p>Agregado familiar e outras 6 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento social, uso de máscara.</p>	<p>Agregado familiar.</p>	<p>Agregado familiar.</p>

Eventos de pequena/ média dimensão (culturais, religiosos, etc)		Abertos com diminuição da lotação permitida (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Abertos com diminuição da lotação permitida (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Abertos com diminuição da lotação permitida (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Remotamente.	Remotamente.
Transportes públicos/ táxis/ TVDE		2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); táxis / TVDE lotação limitada aos bancos traseiros; Transportes com obrigatoriedade de lugares sentados, sem limitação de lotação, desde que utilização de máscara cirúrgica.	2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); táxis / TVDE lotação limitada aos bancos traseiros; Transportes com obrigatoriedade de lugares sentados sem limitação de lotação, desde que utilização de máscara cirúrgica.	2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); táxis / TVDE lotação limitada aos bancos traseiros;	2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); táxis / TVDE lotação limitada aos bancos traseiros;	Apenas para situações emergentes e justificadas.
Centros comerciais		Aberto (horário definido e igual para todo o tipo de bens); (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Aberto (horário definido e igual para todo o tipo de bens); (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Venda de bens essenciais e outros bens em regime de recolha de compra remota prévia.	Venda de bens essenciais.	Venda de bens essenciais.
Celebrações (casamentos, batizados, etc)		Com diminuição da lotação para 50%.	Com diminuição da lotação para 25%.	6 pessoas com distanciamento social, uso de máscara.	Suspensão da atividade.	Suspensão da atividade.

Faseamento de medidas

Definição das medidas e sua classificação

[Indicadores com valores muito baixos-----Indicadores com valores muito altos]

Tipo de Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Regras gerais:	<ul style="list-style-type: none"> • Nas atividades de interior, assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados para prevenção da COVID-19, assim como a sua manutenção, Promoção da prática de abertura frequente de janelas e portas. • Promoção de atividades em exterior ou remotamente, sempre que possível; • Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; • Promoção de testagem massiva; • Utilização obrigatória de máscara em ambientes públicos até ao nível 2 e em eventos públicos até ao nível A. Manter a obrigatoriedade da utilização da máscara em todas as outras circunstâncias e de acordo com a identificação do risco (tabela 2); • Promoção de desfasamento de horário; • Promoção de higienização dos espaços e superfícies; • Promoção de conjuntos sociofamiliares, laborais e em contexto escolar restritos ("bolhas") que permitam a interação social de forma mais segura; • Durante a fase inicial do desconfinamento, prevê-se que as atividades possam funcionar de segunda a sexta até às 21h e sábados até às 19h. Poderão manter-se atividades comerciais fora desse período em regime de take-away ou delivery. Esta estratégia deve ser mantida até ao nível 2. 							
Regras Gerais								

7

	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
	Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.	Ensino superior.	Secundário e 3º ciclo; Ensino superior (apenas as que exigem presença física).	1º ciclo (primária); 2º ciclo (até aos 12 anos).	Pré-escolar e infantil.	Suspensão da atividade.		
	Todas as áreas laborais, com cumprimento das medidas gerais.	Restrição de horário Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m².	Trabalho em locais comuns com contacto público e com contacto físico individual.	Trabalho em locais comuns com contacto público, mantidas as medidas gerais.	Trabalho isolado Trabalho em locais comuns sem contacto público, mantidas as medidas gerais.	Serviços essenciais Teletrabalho e desfasamento de horário obrigatórios, sempre que a atividade o permita.		
	Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m² e restantes medidas gerais.	Restrição de horário Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m².						
	Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m² e restantes medidas gerais.	Familiares diretos e amigos próximos, desde que seja cumprido o distanciamento físico e o uso de máscara (distanciamento com definição de pessoas/m²). Limite de pessoas definido pela autarquia local.						

Tipo de Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
 <p>Restauração e similares (bares incluídos)</p>	<p>Regras gerais adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dever de estar sentado à mesa; • Dever de cumprimento de distanciamento entre mesas de 2 metros; • Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²; • Utilização obrigatória de máscara exceto no momento de refeição. <p>Medidas Gerais:</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 8 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 20 pessoas juntas). Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 10 pessoas na mesma mesa). Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 4 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 6 pessoas na mesma mesa). Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p> <p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 2 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 4 pessoas na mesma mesa). Cumprimento do distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição.</p> <p>Serviço de esplanada, desde que seja cumprido o distanciamento físico e o uso de máscara, exceto no momento da refeição (máximo de 4 pessoas na mesma mesa). Serviço de take away ou entrega.</p> <p>Serviço de take away ou entrega.</p>							

Tipo de Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Alojamento e Hotéis		Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² .	Abertos com diminuição da lotação dos espaços comuns. Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m ²).	Abertos com diminuição da lotação dos espaços comuns. Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m ²).	Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.	Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.	Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.	Atividades não turísticas, sem partilha dos espaços comuns.
Unidades residenciais para idosos		Permissão de visitas; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Permissão de visitas; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Permissão de visitas; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Uma visita semanal; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Uma visita semanal; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Uma visita semanal; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).	Uma visita semanal; identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal (tabela x); Promoção de testagem das visitas não vacinadas (48 a 72 horas antes).

Tipo de Atividade		Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Atividades desportivas (interior e exterior)		Promoção de testagem periódica; Promoção preferencial das atividades em exterior; Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² .				Permissão de atividades ao ar livre (máximo de 6 pessoas) ou individuais em interior, com cumprimento das medidas de distanciamento.	Permitidas atividades ao ar livre (máximo 4 pessoas) ou individuais em interior, cumprindo as medidas de distanciamento.	Permitidas atividades ao ar livre ou individuais em interior, cumprindo as medidas de distanciamento.	Permitidas atividades individuais ao ar livre, restritas à zona de residência; Atividades profissionais e de competição (sem público) com testagem regular.
		Promoção de testagem antes do evento (48 a 72 horas antes); Utilização obrigatória de máscara; Circuitos bem definidos de circulação; Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento; Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² .				Regime de "drive in".	Regime de "drive in".	Suspensão de atividade.	Suspensão de atividade.
		Só eventos passíveis de serem controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento; Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² ; Utilização obrigatória de máscara; Circuitos bem definidos de circulação.				Sem público.	Suspensão de atividade.	Suspensão de atividade.	Suspensão de atividade.

Tipo de Atividade		Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
 Eventos de grande dimensão em interior	Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção em interior; Promoção de testagem antes do evento (48 a 72 horas antes); Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² ; Utilização obrigatória de máscara.	Medidas gerais.	50% da lotação.	25% da lotação.	Sem público.	Sem público.	Suspensão de atividade.	Suspensão de atividade.	Suspensão de atividade.
	 Circulação em espaços públicos	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara em ambiente fechados ou em espaços abertos sempre que houver aglomeração de pessoas.	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara.	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara.	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara.	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara até um máximo de 6 pessoas (dever de recolher obrigatório).	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara até um máximo de 10 pessoas (dever de recolher obrigatório).	Passeios higiénicos na zona de residência/ alojamento (dever de recolher obrigatório).	Passeios higiénicos na zona de residência, aquisição de bens essenciais (dever de recolher obrigatório).

Tipo de Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
 <p>Convívio familiar</p>	<p>Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbidades e estado vacinal (tabela 2); Promoção de utilização de máscara nestes convívios de acordo com risco acima identificado; Promover a testagem (48 a 72 horas antes) das pessoas não vacinadas; Promover limitação de bolhas sociais/familiares/laborais com número limitado de pessoas.</p>	<p>Conviventes e outras 10 pessoas do seu conjunto sociofamiliar; Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbidades e estado vacinal (tabela 2); Promoção de utilização de máscara nestes convívios de acordo com risco acima identificado; Promover a testagem (48 a 72 horas antes) das pessoas não vacinadas; Promover limitação de bolhas sociais/familiares/laborais com número limitado de pessoas.</p>	<p>Conviventes e outras 10 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento físico, uso de máscara.</p>	<p>Conviventes e outras 6 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento físico, uso de máscara.</p>	<p>Conviventes e outras 6 pessoas do seu conjunto sociofamiliar mantendo o distanciamento físico, uso de máscara.</p>	<p>Conviventes.</p>	<p>Conviventes.</p>	

		Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Eventos de pequena média dimensão (culturais, religiosos, etc)									
					Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; Promoção de testagem antes do evento (48 a 72 horas antes); Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m ² . Utilização obrigatória de máscara.				Remotamente.
Transportes públicos/ Táxis/ TVDE									
		Sem limitação; Táxis e TVDE - lotação limitada aos bancos traseiros.	2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); Táxis/TVDE lotação limitada aos bancos traseiros; Transportes com obrigatoriedade de lugares sentados, sem limitação de lotação desde que utilização de máscara cirúrgica.		Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; Na sua ausência, manter janelas abertas, promovendo ventilação mecânica; Promover o distanciamento sempre que possível; Utilização obrigatória de máscara.			2/3 da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); Táxis/TVDE lotação limitada aos bancos traseiros.	Apenas para situações emergentes e justificadas.

Tipo de Atividade	Nível A	Nível B	Nível C	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Centros comerciais	<p>Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²; Utilização obrigatória de máscara.</p>							
Celebreações (casamentos, batizados, etc)	Medidas gerais.	Aberto (horário definido e igual para todo o tipo de bens); (distanciamento com definição de pessoas/m ²).	Venda de bens essenciais e outros bens em regime de recolha de compra remota prévia.	Venda de bens essenciais.				
Praia/campismo	<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²; Utilização de máscara nos percursos a pé, nos locais comuns ou em situação de aglomeração de pessoas fora do seu círculo sociofamiliar.</p>							
Acesso condicionado com diminuição da lotação dos espaços comuns (no caso do campismo); Cumprimento das medidas de distanciamento (com definição de pessoas/m ²).	Suspensão de atividade.							

Proposta de reabertura

Tabela 1 - Proposta de reabertura por níveis de vacinação completa

	Nível V4 >85% de vacinação completa	Nível V3 >70% <85% de vacinação completa	Nível V2 >60% <70% de vacinação completa	Nível V1 >50% <60% de vacinação completa
Tipo de Atividade			Valores monitorizados estão dentro da matriz de risco	
Medidas que devem vigorar em todos os níveis	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados; • Utilização do certificado digital por rotina nos espaços públicos; • Auto-avaliação de risco. 			
Regras gerais por nível			Promoção de atividades em exterior ou remotamente, sempre que possível; Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m ² ; Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; Evitar todas as situações não controladas de aglomeração populacional.	
Sector escolar			Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.	
Atividade Laboral em Geral			Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais. Sempre que possível, manter o desfasamento de horários e o teletrabalho.	

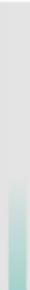
Comércio e Retalho			<p>Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.</p>	
Restauração e similares (bares incluídos)			<p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação nos espaços interiores - máximo de 8 pessoas na mesma mesa. Sem limitação no exterior.</p>	<p>Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. Se tiver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço (máximo de 10 pessoas na mesma mesa).</p>
Alojamento e Hotelaria			<p>Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais. Áreas de restauração com regras acima definidas.</p>	
Unidades residenciais para idosos			<p>Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbilidades e estado vacinal; Promoção do certificado digital para utentes, funcionários e visitas.</p>	
Atividades desportivas (interior e exterior)			<p>Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.</p> <p>Promoção preferencial das atividades em exterior.</p>	
Eventos de grande dimensão em exterior (espaço delimitado)			<p>Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais;</p> <p>Circuitos bem definidos de circulação;</p> <p>Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento.</p>	

Eventos de grande dimensão em exterior sem delimitação de espaço			Utilização obrigatória de máscara.	Só eventos passíveis de serem controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento; Circuitos bem definidos de circulação; Cumprimento das medidas gerais.	
Eventos de grande dimensão em interior			Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.	75% da sua capacidade (avaliação do espaço interior).	50% da sua capacidade (avaliação do espaço interior).
Circulação em espaços públicos			Circulação com manutenção da distância.	Circulação com manutenção da distância.	Circulação com manutenção da distância; Uso de máscara.
Convívio familiar			Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.		
Eventos de pequena/ média dimensão/ (culturais, religiosos, etc)			Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.		

<p>Transportes públicos Táxis/ TVDE</p>			<p>Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; Na sua ausência, manter janelas abertas, promovendo ventilação mecânica; Promover o distanciamento sempre que possível; Utilização obrigatória de máscara.</p>	
<p>Centros comerciais</p>			<p>Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais.</p>	
<p>Celebrações (casamentos, barzados, etc)</p>			<p>Medidas gerais.</p>	<p>75% da sua capacidade (avaliação do espaço interior).</p> <p>50% da sua capacidade (avaliação do espaço interior).</p>
<p>Praia/campismo</p>			<p>Cumprimento das medidas de distanciamento com definição de pessoas/m²; Utilização de máscara nos locais comuns (bares de praia) ou em situação de aglomeração de pessoas fora do seu círculo sociofamiliar.</p>	

Nível V1 representa o nível ao qual estaremos em breve a chegar; o **nível V4** deverá ser onde queremos chegar - que deverá ser revisto à medida que acompanharmos a evolução no nosso país e tendo em consideração os sucessos e fracassos dos demais países.

Proposta de plano de acordo com o contexto epidemiológico Estamos a assumir que estamos a atingir o nível dos 85% de vacinação completa.

Tipo de Atividade	>85% de vacinação completa	Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)	>85% de vacinação completa
			
<p>Medidas gerais¹ que devem estar sempre em vigor</p>	<p>Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados, devidamente fiscalizadas; - Autoavaliação de risco (individual e organizacional); - Utilização das medidas de prevenção individual e organizacional de acordo com a avaliação de risco (que podem incluir a exigência do certificado, teste, definição de lotação ou máscara, definição de circuitos de circulação, entre outras). É fortemente recomendada a adoção das medidas de proteção individual e ambiental nos ambientes fechados e em espaços públicos nos quais não é possível manter o distanciamento. 		<p>Agravamento dos indicadores monitorizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; - Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); - Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção; - Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível; - Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; - Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; - Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.

Tipo de Atividade						
>85% de vacinação completa	Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais.	
Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)						
>85% de vacinação completa	Agravamento dos indicadores monitorizados.	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais; - Sempre que possível, manter o desfásamento de horários e o teletrabalho.		- Cumprimento das medidas gerais.	

Sector escolar

Atividade Laboral em geral

Comércio e Recreio

Restauração e similares (bares incluídos)

Alojamento e Hotéis



Tipo de Atividade	>85% de vacinação completa	Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)
	Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar. - Cumprimento das medidas gerais .	>85% de vacinação completa Agravamento dos indicadores monitorizados. - Cumprimento das medidas gerais .
Atividades desportivas (interior e exterior)	- Cumprimento das medidas gerais .	- Cumprimento das medidas gerais: - Circuitos bem definidos de circulação; - Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas possam permanecer respeitando o distanciamento.
Eventos de grande dimensão em exterior (espaço delimitado)	- Cumprimento das medidas gerais.	- 56 eventos passíveis de serem controlados com identificação de locais onde as pessoas possam permanecer respeitando o distanciamento; - Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Eventos de grande dimensão em interior sem delimitação de espaço	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Eventos de grande dimensão em interior	- Cumprimento das medidas gerais .	- Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Circuitos em espaços públicos	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais: - Circulação com manutenção da distância; - Autoavaliação de risco e utilização de máscara perante percepção de risco.

Tipo de Atividade	>85% de vacinação completa	Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)
	<p>Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.</p>	<p>Agravamento dos indicadores monitorizados.</p>
<p>Convívio familiar alargado</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais; - Autoavaliação de risco.</p>
<p>Eventos de pequena/ média dimensão (culturais, religiosos, etc)</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.</p>
<p>Centros comerciais</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>
<p>Celebrações (casamentos, batizados, etc)</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>

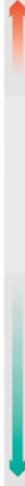
Tipo de Atividade	>85% de vacinação completa	Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)	>85% de vacinação completa
	Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.		Agravamento dos indicadores monitorizados.
 Unidades residenciais para idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbidades e estado vacinal; - Promoção das medidas de prevenção individual de acordo com essa avaliação de risco; - Promoção do certificado digital para utentes e testagem regular para funcionários e visitas; - Promoção de medidas de controlo de infeção. 		<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbidades e estado vacinal; - Promoção das medidas de prevenção individual de acordo com essa avaliação de risco; - Promoção do certificado digital para utentes e testagem regular para funcionários e visitas; - Promoção de medidas de controlo de infeção.

Tipo de Atividade	>85% de vacinação completa	Medidas atualmente em vigor (< 85% vacinação completa)	>85% de vacinação completa
	Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.		Agravamento dos indicadores monitorizados.
 Transportes públicos	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; - Na sua ausência, manter janelas abertas, promovendo ventilação mecânica; - Promover o distanciamento sempre que possível; - Utilização obrigatória de máscara transitoriamente*. 		<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; - Na sua ausência, manter janelas abertas, promovendo ventilação mecânica; - Promover o distanciamento sempre que possível; - Utilização obrigatória de máscara.

PROPOSTA DE MEDIDAS, A PAR DE UM PROCESSO CÉLERE DE REFORÇO COM A 3ª DOSE DE VACINA

Tipo de Atividade	 Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.	 Agravamento dos indicadores monitorizados.
<p>Medidas gerais' que devem estar sempre em vigor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados, devidamente fiscalizadas; - Autoavaliação de risco (individual e organizacional); - Utilização das medidas de prevenção individual e organizacional de acordo com a avaliação de risco (que podem incluir a exigência do certificado, teste, definição de lotação ou máscara, definição de circuitos de circulação, entre outras). E fortemente recomendada a adoção das medidas de proteção individual e ambiental nos ambientes fechados e em espaços públicos nos quais não é possível manter o distanciamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; - Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); - Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção; - Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível; - Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; - Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; - Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.

<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; - Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); - Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção; - Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível; - Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; - Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; - Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional. 	<p>Tipo de Atividade</p>		<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>
		<p>Atividade Laboral em geral</p>		<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>



Tipo de Atividade		 	
Comércio e Retalho			
Restauração e similares (bares incluídos)		- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais.
Alojamento e Hotelaria			

- Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas;
- Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS);
- Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção;
- Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível;
- Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²;
- Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos;
- Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.

<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas; - Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS); - Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção; - Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível; - Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²; - Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos; - Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional. 	<p>Tipo de Atividade</p>	<p>Atividades desportivas (interior e exterior)</p> 	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>
<p>Eventos de grande dimensão em exterior (espaço delimitado)</p> 		<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais;</p> <p>- Circuitos bem definidos de circulação;</p> <p>- Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas possam permanecer respeitando o distanciamento.</p>	

Tipo de Atividade			
Eventos de grande dimensão em exterior		<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das medidas gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Só eventos passíveis de serem controlados com identificação de locais onde as pessoas possam permanecer respeitando o distanciamento; - Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Eventos de grande dimensão em interior		<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das medidas gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Circulação em espaços públicos		<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das medidas gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das medidas gerais; - Circulação com manutenção da distância; - Autoavaliação de risco e utilização de máscara perante percepção de risco.

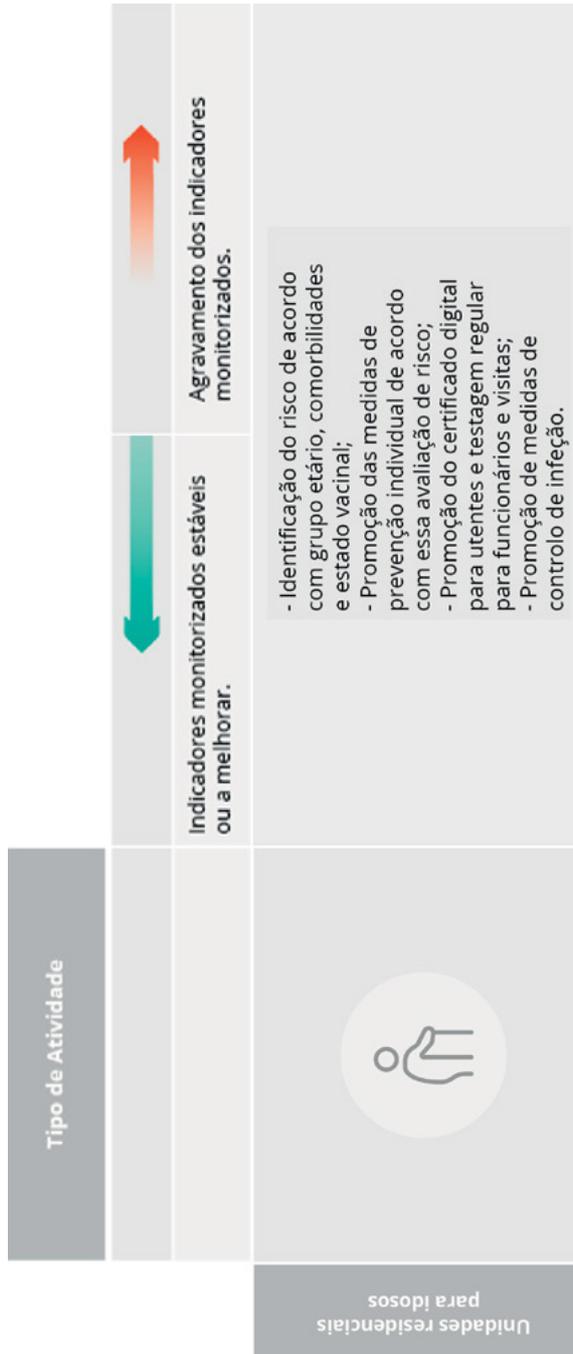
- Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas;
- Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS);
- Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção;
- Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível;
- Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²;
- Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos;
- Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.

Tipo de Atividade		- Cumprimento das medidas gerais; - Autoavaliação de risco.
		- Cumprimento das medidas gerais; - Circuitos bem definidos de circulação.
Convívio familiar alargado	- Cumprimento das medidas gerais.	- Cumprimento das medidas gerais.
Eventos de pequena/ média dimensão (culturais, religiosos, etc)		- Cumprimento das medidas gerais.



- Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas;
- Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS);
- Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção;
- Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível;
- Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²;
- Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos;
- Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.

<p>- Monitorização do CO₂, ventilação e climatização adequadas dos espaços fechados devidamente fiscalizadas;</p> <p>- Utilização do certificado digital com teste recente nos espaços públicos (quando apropriado e de acordo com o que for definido pela DGS);</p> <p>- Autoavaliação de risco (individual e organizacional) e respetiva adoção das medidas de proteção;</p> <p>- Promoção de atividades em exterior ou por via remota, sempre que possível;</p> <p>- Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m²;</p> <p>- Utilização obrigatória de máscara em ambientes fechados e em eventos públicos;</p> <p>- Evicção de todas as situações não controladas de aglomeração populacional.</p>	<p>Centros comerciais</p>		<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>
<p>Celebrações (casamentos, batizados, etc)</p>		<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	<p>- Cumprimento das medidas gerais.</p>	



Tipo de Atividade		 Indicadores monitorizados estáveis ou a melhorar.	 Agravamento dos indicadores monitorizados.
Transportes públicos Táxis/ TVDE			<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar sistemas de ventilação e de climatização adequados, assim como a sua manutenção; - Na sua ausência, manter janelas abertas, promovendo ventilação mecânica; - Promover o distanciamento sempre que possível; - Utilização obrigatória de máscara.

Assumimos uma aplicação célere das medidas a partir do momento em que o indicador é atingido	
Tipo de Atividade	<p>Proposta face ao contexto epidemiológico atual</p>  <p>70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)</p> 
Medidas transversais a todos os níveis	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleração do reforço da vacinação • Ventilação e climatização adequadas e regularmente monitorizadas nos espaços fechados • Utilização do certificado digital e teste negativo por rotina nos espaços públicos • Promoção da autoavaliação de risco e realização de autoteste por rotina • Cumprimento do distanciamento físico, com definição do número máximo de pessoas/m² • Definição da distância mínima obrigatória sempre que houver agregação de pessoas (por exemplo: filas, mesas de restaurantes, lugares sentados) • Organização de todos os espaços onde ocorrem refeições, garantindo: ventilação, número de pessoas/m² e distanciamento obrigatório entre as pessoas. Uso obrigatório de máscara em circulação e SEMPRE que não se estiver a ingerir alimentos ou bebidas • Higienização frequente das superfícies e das mãos • Evitar todas as situações de aglomeração populacional • Cumprimento da proibição de consumo de bebidas alcoólicas na via pública

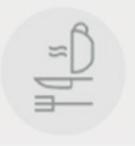
Tipo de Atividade	Proposta face ao contexto epidemiológico atual	70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)
Setor escolar		
Atividade laboral em geral		<ul style="list-style-type: none"> • Teletrabalho sempre que possível, podendo ser presencial, com diminuição da lotação permitida por sala/espaço • Promoção da testagem regular dos funcionários que não possam trabalhar remotamente • Promoção de horários desfasados
Comércio e Retalho		

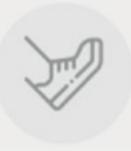
• Cumprimento das medidas gerais

• Cumprimento das medidas gerais

• Cumprimento das medidas gerais

- Teletrabalho sempre que possível, podendo ser presencial, com diminuição da lotação permitida por sala/espaço
- Promoção da testagem regular dos funcionários que não possam trabalhar remotamente
- Promoção de horários desfasados

Tipo de Atividade	Proposta face ao contexto epidemiológico atual	70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)
Restauração e similares (bares inclusos)		<ul style="list-style-type: none"> • Aberto com medidas restritivas e diminuição de lotação nos espaços interiores - máximo de 6 pessoas na mesma mesa. • Se houver esplanada, priorizar as refeições nesse espaço • Circulação no espaço com máscara obrigatória
Alojamento e hotelaria		<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Áreas de restauração com regras acima definidas
Unidades residenciais para idosos		<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do risco de acordo com grupo etário, comorbidades e estado vacinal • Promoção das medidas de prevenção individual de acordo com essa avaliação de risco • Promoção do certificado digital para utentes e testagem regular para funcionários e visitas • Promoção das medidas de controlo de infeção

<p>Tipo de Atividade</p>	<p>Proposta face ao contexto epidemiológico atual</p> 	<p>70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)</p> 
<p>Atividades (interior e exterior)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Promoção preferencial das atividades em exterior 	
<p>Eventos em espaço delimitado (incluindo eventos desportivos, culturais, religiosos, etc)</p>  	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Circuitos bem definidos de circulação • Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Lotação de 75% • Todas as atividades, com cumprimento das medidas gerais • Circuitos bem definidos de circulação • Eventos controlados com identificação de locais onde as pessoas podem ficar de forma a cumprir o distanciamento

Tipo de Atividade	Proposta face ao contexto epidemiológico atual	70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)
Evento de grande dimensão em exterior sem delimitação de espaço		<ul style="list-style-type: none"> Só eventos passíveis de serem controlados com regras sobreponíveis às de espaço delimitado
Circulação em espaços públicos		<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento das medidas gerais
Convívio familiar alargado		<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento das medidas gerais Evitar grupos superiores a 10 pessoas, autoavaliação de risco, uso de máscara fora do período da refeição e testagem prévia

<p>Tipo de Atividade</p>	<p>Proposta face ao contexto epidemiológico atual</p> 	<p>70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)</p> 
<p>Transportes públicos/táxis / TVDE</p>	 <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Promover o distanciamento sempre que possível • Utilização obrigatória de máscara 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • 75% da ocupação total permitida em transportes públicos (metros, autocarros); • Táxis / TVDE: bancos dianteiros devem ser utilizados apenas pelo motorista
<p>Celebrações (casamentos, batizados, etc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Autoavaliação de risco e testagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Evitar grupos superiores a 100 pessoas) • Autoavaliação de risco e testagem

Tipo de Atividade	Proposta face ao contexto epidemiológico atual	70% da linha vermelha dos internamentos atingida e $R_t > 1$ (valor médio aos 5 dias)
Centros comerciais	 <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais 	 <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das medidas gerais • Lotação de 75% • Circulação com cumprimento da distância e utilização de máscara • Nos espaços de refeição devem ser cumpridas as recomendações do setor da restauração • Nas lojas deve ser garantido o distanciamento entre clientes
Viagens	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar viagens para locais de alto risco • Cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional • Autoavaliação de risco 	



Não é fácil convencer um país a permanecer em casa durante semanas. Também não é simples desconfiná-lo, mas foi esse o desafio que recebemos no início de 2021, um ano após o SARS-CoV-2 ter surgido à escala global e ainda a atravessar um dos piores picos da doença. Abraçamo-lo como um serviço público que procurámos cumprir da melhor forma. Feito esse trabalho, que reflete uma estratégia minuciosamente construída, quisemos explicar tudo em livro. Por vários motivos. Porque precisamos de estabelecer uma linha diacrónica da realidade internacional para, a partir daí, melhor conhecermos o que se viveu em Portugal. Porque, em tempos pandémicos, este país se apresentou como o pior e o melhor cenário e isso merece uma reflexão e uma sistematização do que aconteceu. Porque, de certa forma, também fomos parte de um processo de decisão que ajudou a combater este terrível vírus.

Os planos que fomos tecendo dentro de um grupo pequeno contaram com o apoio de muitas pessoas. Nesta obra, encontramos uma Estratégia. A nossa. E também a do país. E aquela que outros países seguiram. Tudo contra um vírus que nos transformou a vida. Sem nos derrotar. Neste percurso, guardámos uma lição para a vida: o caminho faz-se com todos. Se, neste tempo que o livro reflete, o país conseguiu controlar o vírus, isso deveu-se aos decisores políticos a quem coube tomar medidas, aos especialistas que procuraram ajudar a partir dos seus domínios de saber e, acima de tudo, aos cidadãos. A eles se deve tudo.

Na Coleção de *Ensaios para a Sustentabilidade* da Fundação Mestre Casais, os temas a tratar e os autores são seleccionados de forma a representarem as dimensões ambiental, climática, social, humana e económica da sustentabilidade, no respeito pelos valores do conhecimento, da independência, da transparência, do humanismo e do diálogo, consagrados nos Estatutos da Fundação.



Fundação
Mestre
Casais



UMinho Editora



Universidade do Minho

ISBN 978-989-8974-65-5



9 789898 974655 >