

**Ângela Vanessa
Gonçalves Soares**

**As competências dos Municípios no âmbito do
combate à COVID-19 - Estudo de caso de um
Município**

**Ângela Vanessa
Gonçalves Soares**

**As competências dos Municípios no âmbito do
combate à COVID-19 - Estudo de caso de um
Município**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Informação e Administração para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Emergência e Socorro, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Carla Pimentel Rodrigues e Coorientação do Doutor Bernardo Mateiro Gomes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

o júri

Presidente	Professora Especialista Ângela Seixas - Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração
Arguente	Professor Doutora Susana Paixão - ESTeSC - Instituto Politécnico de Coimbra
Orientador	Professora Doutora Carla Rodrigues - Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração
Coorientador	Doutor Bernardo Mateiro Gomes - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Agradecimentos

Não poderia terminar esta dissertação, sem antes agradecer a algumas pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que conseguisse alcançar mais um objetivo pessoal e me foram dando força, confiança, entusiasmo e muita coragem.

Antes de qualquer outro, o meu principal agradecimento vai para a minha mãe, para aquela que é o meu porto seguro, que me mima e me apoia em todo e qualquer momento e que me acompanha em todas as etapas da minha vida. Obrigada pelo alento, obrigada por acreditares em mim, obrigada por fazeres de mim uma pessoa melhor. Obrigada por tudo, e por tanto!

Ao melguinha que mais amo neste mundo, o meu afilhado pelo apoio, dedicação e valioso contributo!

Ao meu tio Fernando, por todos os ensinamentos e por acreditar sempre... Apesar das nossas grandes diferenças, és a minha maior inspiração! E que orgulho é aprender contigo e saber que confias em mim!

A toda a minha restante família pela confiança e encorajamento... Um agradecimento em especial à Nokas dos Nis.

Ao meu amor por tudo e, principalmente, pelo tempo que se privou de “estar” comigo, fazendo noites no sofá... Por me encorajar, por acreditar em mim, por toda a paciência, amor e carinho.

Ao Ângelo, por tudo e por toda a paciência... Prometo que volto sempre!

À Sandra e à Fernanda que se vêm tornando dois grandes pilares fundamentais na minha vida e me amparam sempre.

À minha Farturinha, por todo o percurso juntas e por tudo que faz sempre por mim!

Um agradecimento muito, muito especial ao Filipe Amorim, por tudo... pelo apoio, pela amizade, companheirismo, e muito, muito mais! Admiro-te pela tua coragem, forma altruísta de viver a vida, admiro-te pela tua dedicação, pelo teu profissionalismo e pela forma fácil que é trabalhar contigo... fazes falta, fazes muita falta Sr. Engº!

Ao Sérgio por me ter feito voar nesta aventura, pela partilha, amizade, companheirismo e cumplicidade...

Agradecer também ao Município onde exerço funções, nas pessoas da Sr.^a Presidente e do Sr. Vereador da Proteção Civil, por me terem entregue tão nobre tarefa e me confiarem esta missão que tanto me honrou.

Ao Dr. Ilídio um agradecimento muito, muito especial, pela confiança e por tudo que me permitiu aprender com ele. Foram muitas horas juntos de luta!

Ao Dr. Bernardo, por ter aceite este meu desafio, pelo acompanhamento e confiança!

À Dr.^a Ana Paula, à Dr.^a Helena, à Dr.^a Ana Carolina, à Estefânia e a tantos outros elementos da USP do ACES com o qual o Município colaborou. Foram incansáveis. Obrigada!

À equipa do Município que tive o orgulho e privilégio de acompanhar e coordenar, por tanto que aprendi convosco. Após muito esforço e dedicação, em conjunto criamos uma equipa coesa, motivada, com espírito de equipa, dedicada, proativa e, disponível a qualquer hora do dia ou dia semana, o que é de louvar! Foram incansáveis! Obrigada!

À minha orientadora Dr.^a Carla Rodrigues pela paciência e encorajamento!

Por fim, mas não menos importante, às minhas estrelinhas que me guiam e estão sempre a olhar por mim...

Ao meu papá, à minha Zila e ao meu Quim, que são verdadeiras fontes de inspiração!

Ao meu Tiquinho e à minha Nina.

resumo

COVID-19 é a designação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para identificar a doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, tendo declarado a mesma como uma pandemia, a 11 de março de 2020.

Tratando-se de um risco coletivo, a matriz de efeitos e consequências, embora localizada predominantemente no domínio da saúde pública, apresenta já ramificações que implicam com outras áreas da vida em sociedade, incidindo, obrigatoriamente, na proteção civil, enquanto domínio da segurança de pessoas, bens e ambiente.

Interroga-se, no entanto, qual o papel que o sistema de proteção civil deve jogar em todo este processo. De um ponto de vista formal, como decorre da legislação em vigor, a sua ação é subsidiária em relação à defesa nacional, segurança interna e saúde pública, sendo esta última, assumidamente e para já, a matriz nuclear da situação atual (Carreiras et al., 2020).

Por outro lado, a Administração Pública visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem atuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé. O que nos leva a questionar se não terão também os municípios um papel em todo este processo.

As controvérsias têm sido várias e, pretende-se com este trabalho perceber se têm ou não os Municípios competências no âmbito do combate ao COVID-19.

keywords

Covid 19, SARS-CoV-2, Municipalities, Pandemic

abstract

COVID-19 is the designation given by the World Health Organization (WHO) to identify the disease caused by the new coronavirus SARS-CoV-2, having declared it a pandemic on 11th March 2020.

As this is a collective risk, the matrix of effects and consequences, although predominantly located in the field of public health, already has ramifications that involve other areas of life in society, focusing, necessarily, on civil protection, as a domain of safety of people, property and the environment.

However, one questions what role the civil protection system should play in this whole process. From a formal point of view, as it follows from the legislation in force, its action is subsidiary in relation to national defence, internal security and public health, the latter being, admittedly and for now, the nuclear matrix of the current situation (Carreiras et al., 2020).

On the other hand, Public Administration aims at pursuing the public interest, while respecting the legally protected rights and interests of citizens. Administrative bodies and agents are subject to the Constitution and the law and must act, in the exercise of their functions, with respect for the principles of equality, proportionality, justice, impartiality and good faith. This leads us to question whether municipalities do not also have a role in this whole process.

There have been several controversies and the aim of this work is to understand whether or not Municipalities have competencies in the scope of the fight against COVID-19.

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	- 1 -
CAPÍTULO 2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	- 3 -
2.1 Proteção Civil	- 3 -
2.2 Saúde Pública	- 6 -
2.3 Municípios	- 7 -
2.4 Cronologia legal da pandemia Covid-19 em Portugal	- 9 -
2.5 A situação atual da pandemia Covid-19	- 12 -
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	- 15 -
CAPÍTULO 4 - ESTUDO DE CASO - O EXEMPLO DE UM MUNICÍPIO	- 17 -
4.1 Enquadramento geral	- 17 -
4.1.1 Norma nº 04/2020 da DGS - Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19	- 18 -
4.1.2 Norma nº 15/2020 da DGS - COVID-19: Rastreio de Contactos	- 5 -
4.1.3 Norma nº 19/2020 da DGS - Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2	- 17 -
4.2 Constituição da Equipa de Apoio à Saúde Pública	- 22 -
4.3 Funcionamento da Equipa de Apoio à Saúde Pública	- 27 -
4.4 Dificuldades sentidas	- 31 -
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO	- 34 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 38 -
ANEXOS	- 44 -
ANEXO I - Protocolo para a Avaliação Telefónica de Seguimento Clínico a Doentes com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2 em Isolamento, no Domicílio de acordo com a Norma nº 4/2020 da DGS, publicada a 23/03/2020	
ANEXO II - Protocolo para a Avaliação Telefónica a Doentes com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2 em Isolamento, no Domicílio, de acordo com a Norma nº 4/2020 da DGS, atualizada a 31/08/2020	
ANEXO III - Classificação de contactos de COVID-19 de acordo com a Norma nº 15/2020 da DGS de 24/07/2020	
ANEXO IV - Fluxo de abordagem de acordo com a classificação do contacto de acordo com a Norma nº 15/2020 da DGS de 24/07/2020- 6 -	
ANEXO V – Folheto de Recomendações e Medidas para os Contactos de Alto Risco	
ANEXO VI - Folheto de Recomendações e Medidas para os Contactos de Baixo Risco	

Índice de Figuras

Figura 1 – Estados e situações passíveis de ser declarados em Portugal (Fonte: Elaboração própria).....	- 6 -
Figura 2 – Cronologia legal da pandemia COVID-19 em Portugal (Fonte: Elaboração própria)	- 11 -
Figura 3 – Certificado da formação exigida ao abrigo da norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 11 de fevereiro de 2021	- 8 -
Figura 4 - Definições operacionais de contato de alto risco (Fonte: Adaptado da Norma nº 15/2020, atualizada a 19 de fevereiro de 2021)	- 9 -
Figura 5 - Definições operacionais de contato de baixo risco (Fonte: Adaptado da Norma nº 15/2020, atualizada a 19 de fevereiro de 2021)	- 10 -
Figura 6 – Classificação de contactos e medidas a implementar no âmbito da Norma nº 15/2020, atualizada a 01 de outubro de 2021	- 11 -
Figura 7 - Medidas a implementar de acordo com a atualização da Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 01 de outubro de 2021	- 12 -
Figura 8 – Contagem de período de Isolamento Profilático (Fonte: Elaboração própria).....	- 12 -
Figura 9 - Estratificação do Risco do Contacto do Caso Confirmado e Medidas a Implementar à data de 10 de janeiro de 2022 (Fonte: Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 5 de janeiro de 2022).....	- 14 -
Figura 10 – Identificação de contactos e medidas a implementar no contexto epidemiológico a 23 de fevereiro de 2022 (Fonte: Norma nº 15/2020, atualizada a 23 de fevereiro de 2022)	- 15 -
Figura 11 - Utilização dos testes laboratoriais para SARS-CoV-2 (Fonte: Circular Informativa Conjunta DGS/INFARMED/INSA nº 003/CD/100.20.200, de 27/05/2020).....	- 19 -
Figura 12 - Testes Laboratoriais em Contexto de Diagnóstico (Fonte: Norma nº 19/2020 atualizada a 26 de março de 2021).....	- 20 -
Figura 13 - Testes Laboratoriais em Contexto de Rastreio (Fonte: Norma nº 19/2020 atualizada a 26 de março de 2021).....	- 20 -
Figura 14 - Aumento de nº de casos verificados em agosto de 2020	- 23 -
Figura 15 – Aumento de nº de casos verificados em novembro de 2020	- 24 -
Figura 16 - Aumento de nº de casos verificados em janeiro de 2021	- 25 -
Figura 17 - Organização da EASP do Município X (Fonte: Elaboração própria)	- 25 -
Figura 18 – Informação passada pela Equipa das Vigilâncias ativas aos contactos identificados após IE (Fonte: Elaboração própria).....	- 26 -
Figura 19 - Diapositivo apresentado nas formações da EASP com as principais alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS (Fonte: Elaboração própria).....	- 28 -
Figura 20 – Diapositivo apresentado nas formações da EASP com os procedimentos a seguir após alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS (Fonte: Elaboração própria)	- 28 -
Figura 21 – Exemplo de diapositivo apresentado nas reuniões da EASP com as principais alterações às normas (Fonte: Elaboração própria).....	- 29 -
Figura 22 – Informação passada pela Equipa dos Inquéritos Epidemiológicos aos Contactos Identificados pela ASL (Fonte: Elaboração própria)	- 29 -
Figura 23 - Rastreio de contactos (Fonte: Referencial Escolas - Controlo da Transmissão de COVID-19 em Contexto Escolar, 2020, da DGS)	- 30 -
Figura 24 – Reporte de sintomas (Fonte: Elaboração própria)	- 31 -

Siglas e Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
ADR - Área dedicada a doentes respiratórios
AP - Administração Pública
ASL - Autoridade de Saúde Local
AR - Alto Risco
ARS - Autoridade Regional de Saúde
ATL - Atividades de Tempos Livre
BR - Baixo Risco
CCDR-N - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte
CMPC - Comissão Municipal de Proteção Civil
COVID-19 - Doença causada pelo novo coronavírus
CPA – Código do Procedimento Administrativo
CRP - Constituição da República Portuguesa
DGAL - Direção-Geral das Autarquias Locais
DGS - Direção Geral de Saúde
EASP – Equipa de Apoio à Saúde Pública
ECDC - Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos
FAIE - Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico
FCC - Formulário de Casos e Contactos
GCL-PPCIRA - Grupos Coordenadores Locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos
IE - Inquérito Epidemiológico
INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IP - Isolamento Profilático
IPSS - Instituições particulares de solidariedade social
LBPC - Lei de Bases da Proteção Civil
LTFP - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas
MGF - Medicina Geral e Familiar
Ómicron - Nova variante SARS-CoV-2: B.1.1.529
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCR - *Polymerase Chain Reaction*
RJAL - Regime Jurídico das Autarquias Locais
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados
SARS-CoV-2 - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2
SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro
SMPC - Serviço Municipal de Proteção Civil
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SST/SO - Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho / Saúde Ocupacional
TAAN - Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos

TRAg - Teste Rápido de Antigénio
UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários
UE/EEE - União Europeia/Espaço Económico Europeu
USP - Unidades de Saúde Pública
VA – Vigilância Ativa
VP – Vigilância Passiva
VSA – Vigilância Sobreativa
VOC - *Variant of Concern* (Variante de Preocupação)
VOI - *Variant of Interest* (Variante de interesse)
VSR - Vírus Sincicial Respiratório

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O novo coronavírus SARS-CoV-2, intitulado COVID-19, foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, na Cidade de Wuhan (OMS, 2020). Este novo agente nunca tinha sido previamente identificado em seres humanos, tendo causado um surto na cidade de Wuhan. A fonte da infecção é ainda desconhecida.

Os Coronavírus são uma família de vírus conhecidos por causar doença no ser humano. A infecção pode ser semelhante a uma gripe comum ou apresentar-se como doença mais grave, como pneumonia. Ainda está em investigação a via de transmissão. A transmissão pessoa a pessoa foi confirmada, embora não se conheçam ainda mais pormenores. A investigação prossegue.

Em março de 2020, o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, declarou a COVID-19 como uma pandemia, estando, naquela data, presente em 114 países, com mais de 118 mil infeções e 4.291 mortes, sendo a maioria na China, onde a doença surgiu.

A COVID-19 não se resume a um mero problema de saúde pública, mas tem consequências sociopolíticas, económicas e de segurança. Os profissionais de saúde, as Forças de Segurança, as Forças Armadas, a proteção civil, mas também a sociedade civil no seu todo, têm conseguido num trabalho titânico fazer face a uma pandemia inesperada (Elias, 2020).

O conhecimento científico sobre a infeção pelo SARS-CoV-2 e a COVID-19 aumentou e está em constante evolução. No entanto, é necessário ter em conta os fatores que poderão influenciar a evolução epidemiológica, designadamente, mobilidade da população, medidas de controlo de transmissão, capacidade e estratégia de testagem, imunidade e efetividade vacinal, aparecimento de novas variantes, profilaxia e terapêutica antiviral, infeções respiratórias e frio.

Tratando-se de um risco coletivo, a matriz de efeitos e consequências, embora localizada predominantemente no domínio da saúde pública, apresenta já ramificações que implicam com outras áreas da vida em sociedade, incidindo, obrigatoriamente, na proteção civil, enquanto domínio da segurança de pessoas, bens e ambiente.

Interroga-se, no entanto, qual o papel que o sistema de proteção civil deve jogar em todo este processo. De um ponto de vista formal, como decorre da legislação em vigor, a sua ação é subsidiária em relação à defesa nacional, segurança interna e saúde pública, sendo esta última, assumidamente e para já, a matriz nuclear da situação atual (Carreiras *et al.*, 2020).

A Constituição prevê, para as situações extremas, uma saída excecional, precisamente, a possibilidade de declaração do estado de exceção constitucional, o estado de sítio ou o estado de emergência, onde até mesmo as garantias constitucionais inderrogáveis e absolutas possam ser suspensas, desde que com isso não se ponha em causa a identidade civilizacional do Estado de Direito e a dignidade da pessoa humana (Novais, 2020).

Ainda de acordo com Novais (2020) “Com o termo do estado de emergência e a declaração governamental da situação de calamidade, cessaram as inconstitucionalidades materiais mais graves e ostensivas que estiveram em vigor” durante o estado de emergência.

Assim, a 19 de março de 2020, foi declarado o estado de emergência em Portugal, tendo o mesmo gerado várias controvérsias no que diz respeito a algumas das medidas aplicadas.

Mantiveram-se renovadamente em vigor, com algumas alterações e no mesmo contexto das medidas de combate à pandemia, agora em quadro de normalidade constitucional, todo um conjunto de restrições a direitos fundamentais como a livre iniciativa económica privada, direitos dos trabalhadores, liberdade de circulação, eventualmente a própria liberdade de reunião e de manifestação ou, em geral, o direito ao desenvolvimento da personalidade (Novais, 2020).

O cansaço foi tomando conta dos vários profissionais da área da saúde envolvidos em todo o processo e, urgia dotar o sistema de recursos humanos que ajudassem todo o sistema no combate à pandemia, com o intuito de se diminuírem as cadeias de contágio e, consequentemente, o número de casos. Assim, surgiu a necessidade de as Autoridades de Saúde recorrerem também aos Municípios que, de uma forma ou de outra, foram respondendo favoravelmente aos desafios propostos.

Para o efeito, foi tida em consideração, entres outras, a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, que estabelece o regime jurídico das autarquias locais (RJAL), e que, no seu artigo 23º, estabelece que são atribuições das autarquias locais a promoção da salvaguarda dos interesses das respetivas populações, no caso concreto dos municípios, entre outros, os domínios da Saúde e da Proteção civil.

Após a revisão da literatura efetuada, desenvolveu-se um trabalho de investigação exploratório, tendo sido utilizada uma metodologia qualitativa.

Desta forma, o estudo empírico realizado neste trabalho teve como principal objetivo aferir se têm ou não os Municípios competências no âmbito do combate à COVID-19, especificamente aferir as competências concretas dos Municípios no âmbito do combate à COVID-19, designadamente no que diz respeito à realização de inquéritos epidemiológicos, rastreios de contactos e vigilâncias ativas e colaboração com a Autoridade de Saúde Local.

Assim, a presente dissertação está estruturada em 5 capítulos principais onde se inclui, obviamente, a introdução, seguindo-se a revisão bibliográfica ou estado de arte e, posteriormente, os métodos utilizados. A revisão bibliográfica está espelhada no capítulo 2 e vão ser abordadas, designadamente, as competências da Proteção Civil, da Saúde Pública, dos Municípios. Foi ainda efetuada uma cronologia legal da pandemia COVID-19 e, a situação atual em Portugal.

De seguida, e no capítulo 4, foi efetuado um estudo de caso tendo como exemplo um Município em Portugal. Neste capítulo em concreto é apresentado o enquadramento geral, a constituição da Equipa de Apoio à Saúde Pública (EASP) e respetivo funcionamento, bem como as principais dificuldades sentidas ao longo de todo o processo. Por fim, tiram-se conclusões e faz-se uma reflexão sobre trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Proteção Civil

A proteção civil é a atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram. A atividade de proteção civil tem carácter permanente, multidisciplinar e plurisectorial, cabendo a todos os órgãos e departamentos da Administração Pública promover as condições indispensáveis à sua execução, de forma descentralizada, sem prejuízo do apoio mútuo entre organismos e entidades do mesmo nível ou proveniente de níveis superiores (cfr. art.º 1º da *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República*, na sua redação atual, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, 2006).

Importa ainda referir que, para além dos princípios gerais consagrados na Constituição e na lei, constituem princípios especiais aplicáveis às atividades de proteção civil, entre outros, os seguintes:

- O **princípio da prioridade**, nos termos do qual deve ser dada prevalência à prossecução do interesse público relativo à proteção civil, sem prejuízo da defesa nacional, da segurança interna e da saúde pública, sempre que estejam em causa ponderações de interesses, entre si conflitantes;
- O **princípio da cooperação**, que assenta no reconhecimento de que a proteção civil constitui atribuição do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais e dever dos cidadãos e de todas as entidades públicas e privadas;
- O **princípio da coordenação**, que exprime a necessidade de assegurar, sob orientação do Governo, a articulação entre a definição e a execução das políticas nacionais, regionais, distritais e municipais de proteção civil;
- O **princípio da informação**, que traduz o dever de assegurar a divulgação das informações relevantes em matéria de proteção civil.

No domínio da Proteção Civil, o Presidente de Câmara tem a incumbência de dirigir o Serviço Municipal de Proteção Civil (SMPC), o que deve fazer de forma articulada com os “organismos da administração pública com competência no domínio da proteção civil” e coordenar as atividades de proteção civil de âmbito municipal. É o responsável máximo de proteção civil no patamar municipal.

No que tange à administração local, fixa o Regime Jurídico das Autarquias Locais, estabelecido no anexo I à Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, na sua redação atual, na alínea a), do n.º 2 do artigo 35.º, que compete ao Presidente da Câmara Municipal decidir todos os assuntos relacionados com a gestão e direção dos recursos humanos afetos aos serviços municipais.

Importa também referir a Lei nº 65/2007, de 12 de novembro, na sua redação atual, que define o enquadramento institucional e operacional da proteção civil no âmbito municipal, estabelece a organização dos serviços municipais de proteção civil.

De acordo com o disposto no referido diploma são, entre outros, objetivos fundamentais da proteção civil municipal, designadamente: Prevenir no território municipal os riscos coletivos e a ocorrência de acidente grave ou catástrofe deles resultante; atenuar na área do município os riscos coletivos e limitar os seus efeitos no caso das ocorrências descritas anteriormente (*cfr.* nº 1 do art.º 2º, da *Lei nº 65/2007, de 12 de novembro, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2007).

Os diversos agentes de proteção civil com responsabilidade de atuação na área do município e entidades com especial dever de colaboração devem estabelecer entre si relações de coordenação institucional, no sentido de aumentar a eficácia e efetividade das medidas tomadas (*cfr.* nº 1 do art.º 11º, da *Lei nº 65/2007, de 12 de novembro, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2007).

Sem prejuízo do carácter permanente da atividade de proteção civil, os órgãos competentes podem, consoante a natureza dos acontecimentos a prevenir ou a enfrentar e a gravidade e extensão dos seus efeitos atuais ou expectáveis declarar a situação de alerta, de contingência ou de calamidade (*cfr.* nº1 do art.º 8.º da LBPC, *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2006).

Refere ainda o artigo 9º do referido diploma, que a situação de alerta pode ser declarada quando, face à ocorrência ou iminência de ocorrência de um acidente grave e/ou catástrofe, é reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas e ou medidas especiais de reação. Por outro lado, a situação de contingência pode ser declarada quando, face à ocorrência ou iminência de ocorrência de um acidente grave e/ou catástrofe, é reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas e ou medidas especiais de reação não mobilizáveis no âmbito municipal (*cfr.* *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2006).

A situação de calamidade pode ser declarada quando, face à ocorrência ou perigo de ocorrência de algum ou alguns dos acontecimentos referidos no artigo 3.º da LBPC (acidente grave e de catástrofe), e à sua previsível intensidade, é reconhecida a necessidade de adotar medidas de carácter excecional destinadas a prevenir, reagir ou repor a normalidade das condições de vida nas áreas atingidas pelos seus efeitos (*cfr.* *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2006).

Salienta-se ainda que, ao abrigo do nº 4, do art.º 21.º da LBPC, a Declaração da Situação de Calamidade implica a ativação automática dos planos de emergência de proteção civil do respetivo nível territorial (*cfr.* *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República*, na sua redação atual, 2006).

Em situações extraordinárias, determinadas pelo Primeiro-Ministro após comunicação ao Presidente da República, de ataques terroristas ou de acidentes graves ou catástrofes que requeiram a intervenção conjunta e combinada de diferentes forças e serviços de segurança, e, eventualmente, do

Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS), estes são colocados na dependência operacional da Secretária-Geral do Sistema de Segurança Interna, através dos seus dirigentes máximos.

A CRP define, no seu artigo 138.º, a possibilidade de declaração do estado de sítio ou do estado de emergência dependendo a mesma de audição do Governo e de autorização da Assembleia da República ou, quando esta não estiver reunida nem for possível a sua reunião imediata, da respetiva Comissão Permanente. A declaração do estado de sítio ou do estado de emergência, quando autorizada pela Comissão Permanente da Assembleia da República, terá de ser confirmada pelo Plenário logo que seja possível reuni-lo (*cfr. Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril, da Presidência da República, na sua redação atual, 1976*).

Por outro lado, a Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, que estabelece o Regime do estado de sítio e do estado de emergência estabelece, no nº 1 do seu artigo 1º, que o estado de sítio ou o estado de emergência só podem ser declarados nos casos de agressão efetiva ou iminente por forças estrangeiras, de grave ameaça ou perturbação da ordem constitucional democrática ou de calamidade pública e ainda, no seu artigo 11º que a declaração dos mesmos reveste a forma de decreto do Presidente da República e carece da referenda do Governo (*cfr. Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, da Assembleia da República, na sua redação atual, 1986*)

Importa ainda referir as condições impostas pelo supracitado diploma para se definir estado de sítio ou estado de emergência. Assim, e tendo em conta o disposto no artigo 8.º “O estado de sítio é declarado quando se verifiquem ou estejam iminentes atos de força ou insurreição que ponham em causa a soberania, a independência, a integridade territorial ou a ordem constitucional democrática e não possam ser eliminados pelos meios normais previstos na Constituição e na lei.”, enquanto que o artigo 9.º refere que “O estado de emergência é declarado quando se verifiquem situações de menor gravidade, nomeadamente quando se verifiquem ou ameacem verificar-se casos de calamidade pública.” (*cfr. Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, da Assembleia da República, na sua redação atual, 1986*)

Quanto à sua duração, o nº 1 do artigo 5º especifica que quer o estado de sítio quer o estado de emergência terão duração limitada ao necessário à salvaguarda dos direitos e interesses que visam proteger e ao restabelecimento da normalidade, não podendo prolongar-se por mais de 15 dias, sem prejuízo de eventual renovação por um ou mais períodos, com igual limite, no caso de subsistência das suas causas determinantes, devendo ser fixada com menção do dia e hora dos seus início e cessação. O artigo supracitado refere ainda que “Sempre que as circunstâncias o permitam, deve a renovação da declaração do estado de sítio ser substituída por declaração do estado de emergência.” (*cfr. Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, da Assembleia da República, na sua redação atual, 1986*).

Assim, e em termos gerais, podem, em Portugal, ser declarados os seguintes estados:



Figura 1 – Estados e situações passíveis de ser declarados em Portugal (Fonte: Elaboração própria)

2.2 Saúde Pública

De acordo com o disposto no Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), refere que às Unidades de saúde pública (USP) compete, na área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

Define ainda o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, no seu artigo 3º que, entre outras, são competências da USP promover a investigação e a vigilância epidemiológicas.

Os serviços de natureza operativa de saúde pública devem orientar a sua intervenção para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos da OMS.

As competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública integram o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública, conforme legislação especial aplicável.

Estabelece ainda o mesmo diploma, no seu artigo 4º que o desempenho das funções operativas dos serviços de saúde pública observa, entre outros, o seguinte princípio: os serviços de saúde pública garantem a necessária cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde,

com partilha e divulgação de informação e conhecimento, podendo ainda envolver outras instituições, públicas, privadas ou da área social, relevantes para a saúde da comunidade em geral.

O nº 1 do artigo 5º da lei supracitada define ainda que “Em situações de risco para a saúde pública, ou de necessidade de vigilância epidemiológica, podem os serviços operativos de saúde pública requerer a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, os dados e a informação em saúde que considerem essenciais para o controlo de tais riscos, ou para o exercício dessa vigilância”, devendo, de acordo com o nº 2 do mesmo artigo, as entidades referidas prestar toda a colaboração que lhes seja solicitada no sentido de serem atingidas as finalidades do processo de recolha de informação para o controlo dos riscos de saúde pública ou do exercício de vigilância.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013 de 4 de outubro, compete, às Autoridades de Saúde de âmbito regional e local, a coordenação da vigilância epidemiológica nos respetivos níveis.

Por outro lado, e de acordo com a Lei nº 81/2009, de agosto, a integração de informação entre unidades e níveis de administração diferentes é um instrumento fundamental de governo e está prevista, por exemplo, no âmbito do sistema de vigilância em saúde pública, mas deve constituir um instrumento ordinário de governo comum (Almeida, 2021b).

Importa ainda referir que a própria Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde, estabelece no nº 1 do seu artigo 8º que as autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva, nos termos da lei.

Por outro lado, a Norma nº 015/2020 da Direção Geral de Saúde (DGS), atualizada por diversas vezes, relativa a “COVID-19 Rastreio de Contactos” prevê, no seu ponto 6, que “A Autoridade de Saúde deve determinar a mobilização de recursos materiais e humanos de outras unidades funcionais, sob a sua coordenação, distribuindo-lhes tarefas de acordo com as competências dos mesmos. A Autoridade de Saúde deve ainda mobilizar outros profissionais, cuja gestão é realizada em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Unidades Locais de Saúde, no quadro de metodologias de trabalho colaborativo.

2.3 Municípios

De acordo com o preceituado no artigo nº 235º da Constituição da República Portuguesa (CRP), a organização democrática do Estado compreende a existência de autarquias locais, sendo as mesmas pessoas coletivas territoriais dotadas de órgãos representativos, que visam a prossecução de interesses próprios das populações respetivas (*cfr.* Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril, da Presidência da República, na sua redação atual, 1976). Refere ainda a CRP que, no continente, as autarquias locais são as freguesias, os municípios e as regiões administrativas¹.

¹ *Cfr.* artº 236.º, n.º 1

Os municípios são as autarquias locais que visam a prossecução de interesses próprios da população residente na circunscrição do concelho, mediante órgãos representativos por ela eleitos. Os órgãos representativos do município são a assembleia municipal (órgão deliberativo) e a câmara municipal (órgão executivo).

O primeiro princípio referido no artigo 266º da CRP é o princípio da prossecução do interesse público. Este é o princípio motor da Administração Pública. A administração existe, atua e funciona para prosseguir o interesse público. O interesse público é o seu único fim (Amaral, 2011).

Refere ainda o nº.2 do mesmo artigo que “os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem atuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.”

O disposto no artigo 3.º do CPA concretiza aquele preceito constitucional, consubstanciando a lei como sendo “o limite, o pressuposto e o fundamento de toda a atividade administrativa”² (António, 2021).

Assim, e como já referido, a Administração Pública visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem atuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.

Ainda de acordo com a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, que estabelece o regime jurídico das autarquias locais (RJAL), no seu artigo 23º, e como já referido, são atribuições das autarquias locais a promoção da salvaguarda dos interesses das respetivas populações, no caso concreto dos municípios, entre outros, os domínios da Saúde e da Proteção civil.

Relativamente às competências, estabelece o RJAL, no seu artigo 3º que as autarquias locais prosseguem as suas atribuições através do exercício pelos respetivos órgãos das competências legalmente previstas.

A prossecução das atribuições e o exercício das competências das autarquias locais, em concreto, devem respeitar os princípios da descentralização administrativa, da subsidiariedade, da complementaridade, da prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses dos cidadãos e a intangibilidade das atribuições do Estado.

A Administração Pública (AP) não dispõe de liberdade constitutiva para escolher os “fins” (interesses públicos) que prossegue. Na verdade, é o legislador quem define os interesses públicos e as competências necessárias para os levar adiante (António, 2021).

Se a lei indicar o próprio conteúdo dos atos a praticar pela AP, verificando-se os pressupostos previstos, estamos perante “atos vinculados”, atos esses que a lei impõe uma única forma para alcançar o interesse público, não deixando qualquer poder de escolha quanto ao seu conteúdo.

² Assim, Mário Aroso de Almeida, *op. cit.*, pp.41

Por outro lado, a lei pode conferir autonomia à AP na escolha dos meios mais adequados para atingir a prossecução do interesse público. Neste caso, estamos perante “atos discricionários”, onde a AP tem liberdade de escolher o conteúdo dos atos fixando o grau das modificações jurídicas pretendidas.

É relevante referir que atualmente não existe quer vinculação quer discricionariedade absolutas. Existem, sim, atos com aspetos caracterizados por vinculação e com elementos pautados por discricionariedade. São, no entanto, sempre aspetos vinculados o “fim” (interesse público) e a competência (António, 2021).

As autarquias locais, configurando pessoas coletivas de Direito público que têm por finalidade essencial a prossecução de interesses específicos das populações que integram a respetiva circunscrição territorial, encontram-se revestidas de um conjunto de atribuições e competências que fazem delas uma importante estrutura de resposta à pandemia da Covid-19³ (Silva, 2020).

Na verdade, perante os efeitos pessoais da pandemia, desde cedo se percebeu que a proximidade dos entes autárquicos seria uma mais-valia na atuação imediata, próxima e eficiente que a situação de exceção reclamava, mais do que nunca (Almeida, 2021a).

O desafio está em perceber o que podem e devem fazer numa situação em que partilham atribuições com o Estado e outras entidades públicas (Almeida, 2021b).

Contudo, e salvo melhor opinião, as referidas “imposições legais que impendem sobre as autarquias” não têm a necessária “densidade normativa” como que querendo significar que delas não resultam obrigações precisas para as autarquias, sendo necessário a existência de intervenção normativa habilitante.

2.4 Cronologia legal da pandemia Covid-19 em Portugal

Às 00h00m do dia 19 de março de 2020, iniciou-se, em Portugal, o estado de emergência decretado com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, ao abrigo do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, e aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 15-A/2020, de 18 de março, tendo o mesmo estado sido renovado por outros dois Decretos, e que se prolongou até às 23:59h do dia 2 de maio, cessando a partir desse momento.

Passou, a partir das 00:00h do dia 3 de maio e até às 23:59h do dia 31 de julho de 2020, a vigorar o estado de calamidade, estado esse decretado pelo Governo através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020, de 30 de abril, aprovada ao abrigo do art.º 19.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil (LBPC), prorrogada pela primeira vez pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 38/2020, de 15 de maio, prorrogada novamente pela

³ Atente-se, por exemplo, naquelas que resultam previstas no Regime Jurídico das Autarquias Locais (RJAL), aprovado pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro (nomeadamente, nos arts. 7.º, 9.º, 16.º, 18.º, 23.º, 33.º e 35.º), no n.º 2 do art. 3.º do CPA, mas também em diversos diplomas avulsos, como, por exemplo, a Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, a Lei n.º 65/2007, de 12 de novembro, no âmbito da proteção civil, ou a Lei-Quadro da Transferência de Competências para as Autarquias Locais e para as Entidades Intermunicipais (Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto) e respetivos diplomas sectoriais.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 40-A/2020, de 29 de maio, prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 43-B/2020, de 9 de junho, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 51-A/2020, de 25 de junho, e, por fim, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-A/2020, de 14 de julho.

Posteriormente foi declarada a situação de contingência na Área Metropolitana de Lisboa e a situação de alerta em todo o território nacional continental (com exceção da Área Metropolitana de Lisboa) pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55-A/2020, de 30 de julho, alterada e republicada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2020, de 13 de agosto, e alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 68-A/2020, de 28 de agosto, e que foi mantida pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020, de 10 de setembro, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2020, de 24 de setembro. Estas duas últimas resoluções foram posteriormente revogadas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020, de 14 de outubro.

Entrou, posteriormente, em vigor a Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020, de 2 de novembro, que veio declarar a situação de calamidade em todo o território nacional continental, com efeitos até às 23:59h de 19 de novembro de 2020, definindo ainda medidas especiais aplicáveis a alguns concelhos.

Na sequência da autorização conferida pela Resolução da Assembleia da República n.º 83-A/2020, de 6 de novembro, foi novamente declarado o estado de emergência, através do Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020 de 6 de novembro, para todo o território nacional, com a duração de 15 dias, tendo sido, na sequência da autorização concedida pela Resolução da Assembleia da República n.º 87-A/2020, de 20 de novembro, renovado por mais 15 dias (nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020, de 20 de novembro, regulamentado pelo Decreto n.º 9/2020, de 21 de novembro para o território continental). Assim, o estado de emergência vigorou das 00:00h do dia 9 de novembro de 2020 às 23:59h de 30 de abril de 2021.

Depois de 30 de abril de 2021, o estado de emergência não foi renovado, pelo que, a partir das 00:00h de 1 de maio de 2021, passou a vigorar a situação de calamidade, decretada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 45-C/2021, de 29 de abril, com as sucessivas alterações.

Através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2021, de 20 de agosto, foi declarada a situação de contingência que vigorou das 00:00h do dia 23 de agosto de 2021 até às 23:59h do dia 31 de agosto de 2021. A supracitada Resolução foi alterada e o estado de contingência prorrogado até às 23:59h do dia 30 de setembro de 2021.

A resolução referida foi posteriormente revogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 135-A/2021, de 29 de setembro, que veio declarar o estado de alerta, e cujo prazo de vigência foi prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 142-A/2021, de 29 de outubro, vigorando então o referido estado das 00:00h do dia 01 de outubro de 2021 até às 23:59h do dia 30 de novembro de 2021. Paralelamente, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 29 de julho, o

Governo aprovou as novas fases no âmbito da estratégia gradual de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID-19. O Despacho n.º 7577-A/2021, de 30 de julho, da Ministra da Saúde, de 30 de julho, veio definir os indicadores relativos à avaliação de risco e monitorização da pandemia de COVID-19 em função dos quais podiam ser aplicáveis as medidas de desconfinamento progressivo previstas na Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho.

No entanto, a 1 de dezembro de 2021, passou a vigorar a situação de calamidade, decretada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2021, de 27 de outubro, estado esse que vigorou até às 23:59h do dia 17 de fevereiro de 2022.

No dia 18 de fevereiro de 2022 pelas 00:00h o País passou a estado de alerta por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 25-A/2022, de 18 de fevereiro, mantendo-se esse estado até às 23:59h do dia 30 de setembro de 2022, por força de sucessivas renovações.

A 30 de setembro de 2022, foi publicado o Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro, que determinou a cessação de vigência de vários decretos-leis publicados, no âmbito da pandemia da doença COVID-19, tendo cessado o estado de alerta que se vinha a verificar em Portugal.

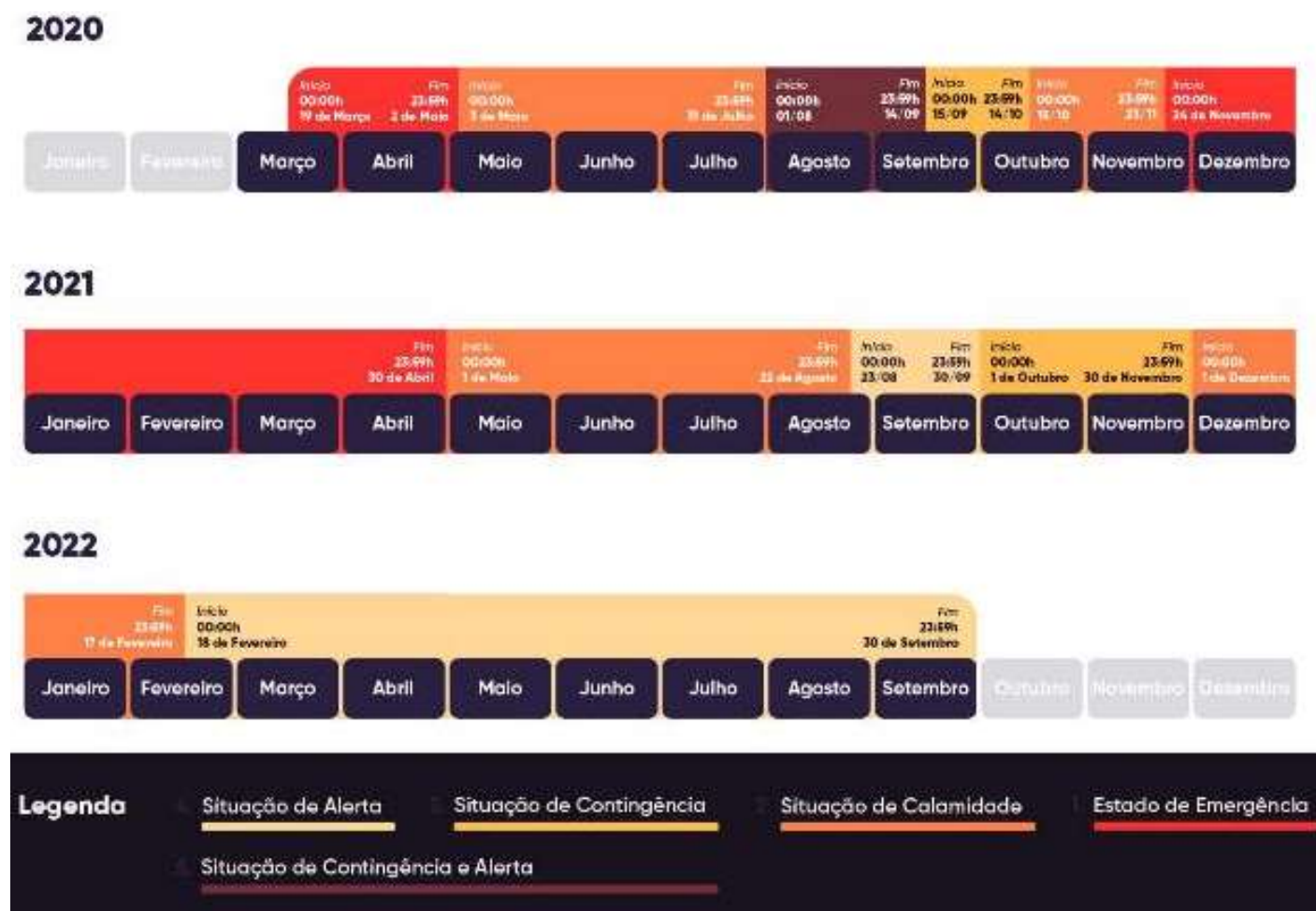


Figura 2 – Cronologia legal da pandemia COVID-19 em Portugal (Fonte: Elaboração própria)

2.5 A situação atual da pandemia Covid-19

Todos os vírus, incluindo o SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, mudam com o tempo. A maioria das alterações tem pouco ou nenhum impacto nas propriedades do vírus. No entanto, algumas mudanças podem afetar as propriedades do vírus, como a facilidade com que se espalha, a gravidade da doença associada ou o desempenho de vacinas, medicamentos terapêuticos, ferramentas de diagnóstico ou outras medidas sociais e de saúde pública (OMS, 2022).

Para referência, a OMS tem definições funcionais para SARS-CoV-2 *Variant of Interest* (VOI) e *Variant of Concern* (VOC).

Uma VOI de SARS-CoV-2 é uma variante de SARS-CoV-2:

- com alterações genéticas que são previstas ou conhecidas por afetarem as características do vírus, como transmissibilidade, gravidade da doença, escape imunológico, escape diagnóstico ou terapêutico; E
- que foi identificado como causador de transmissão comunitária significativa ou múltiplos aglomerados de COVID-19, em vários países com prevalência relativa crescente, juntamente com o aumento do número de casos ao longo do tempo, ou outros impactos epidemiológicos aparentes que sugerem um risco emergente para a saúde pública global.

Uma VOC de SARS-CoV-2 é uma variante de SARS-CoV-2 que atende à definição de VOI e, por meio de uma avaliação comparativa, demonstrou estar associada a uma ou mais das seguintes alterações em um grau de importância para a saúde pública global:

- aumento na transmissibilidade ou mudança prejudicial na epidemiologia da COVID-19; OU
- aumento da virulência ou alteração na apresentação clínica da doença; OU
- diminuição da eficácia das medidas de saúde pública e sociais ou diagnósticos, vacinas, terapêuticas disponíveis.

Em 26 de novembro de 2021, a OMS designou a variante B.1.1.529 como uma variante de preocupação (VOC), com base no conselho do Grupo Técnico Consultivo da OMS sobre Evolução do Vírus. A variante recebeu o nome de Ómicron (OMS, 2021b).

Esta variante apresenta um grande número de mutações, algumas das quais preocupantes, sendo que a evidência preliminar sugere um risco aumentado de reinfeção com esta variante, em comparação com outros VOC's (OMS, 2021a).

A 21 de janeiro de 2022, e segundo a OMS, a variante Ómicron compreendia quatro linhagens, incluindo B.1.1.529, BA.1, BA.2 e BA.3. Ainda segundo a mesma organização, a Ómicron é uma variante altamente divergente com um grande número de mutações, incluindo 26-32 no pico, alguns dos quais são preocupantes e podem estar associados ao potencial de escape imunológico e maior transmissibilidade. No entanto, ainda existem incertezas consideráveis.

A 11 de abril de 2022 reuniu o Comitê de Emergência convocado pelo Diretor-Geral da OMS sob o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI) sobre a pandemia da doença por coronavírus (COVID-19). Na reunião referida, o diretor-geral expressou esperança na atual situação epidemiológica, dando nota que o mundo enfrenta o menor número de mortes relatadas em dois anos. No entanto, o

comportamento imprevisível do vírus SARS-CoV-2 e as respostas nacionais insuficientes estão contribuindo para a continuidade do contexto global de pandemia. O Diretor-Geral enfatizou ainda importância de se usarem contramedidas médicas disponíveis e medidas sociais e de saúde pública (*Public health and social measures* - PHSM). Destacou ainda a publicação do Plano Estratégico de Preparação, Prontidão e Resposta atualizado que fornece um roteiro de como o mundo pode encerrar a emergência do COVID-19 em 2022 e se preparar para eventos futuros. No entanto, registava-se ainda um número de novos casos diários e uma mortalidade superior ao limiar de referência, pelo que o levantamento das medidas ainda aplicáveis no âmbito do combate à pandemia continuou a avançar com prudência.

Como já referido anteriormente, Portugal passou por vários estados e situações assim que foi declarado o início da pandemia do novo coronavírus SARS-CoV-2, desde o estado de emergência ao estado de alerta. Para o efeito, e com o objetivo de informar os decisores e técnicos do Ministério da Saúde diretamente envolvidos na gestão da epidemia e no planeamento das medidas de mitigação, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), através do seu Departamento de Epidemiologia, em colaboração com a Direção-Geral da Saúde, a Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, tem elaborado relatórios técnicos que apoiam a tomada de decisão⁴.

Após uma fase inicial bastante complexa, e com a publicação constante de legislação e a mesma em permanente alteração, tornou-se imperioso estar em constante formação.

A partir de meados de fevereiro de 2022, e de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 25-A/2022, de 18 de fevereiro, a situação epidemiológica causada pela pandemia da doença COVID-19 passou a verificar uma evolução positiva em Portugal. O número de novos casos diários de infeção por SARS-CoV-2, bem como o número de cidadãos internados, incluindo em cuidados intensivos, também vinha a reduzir, muito graças à proteção conferida pela elevada taxa de vacinação que se verificava no nosso país.

Também em abril de 2022, o preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41-A/2022, de 21 de abril veio referir que a situação epidemiológica causada pela pandemia da doença COVID-19 vinha verificando uma evolução positiva em Portugal. Com efeito, registava-se uma tendência e um número de internamentos em enfermaria e em unidades de cuidados intensivos estáveis, num contexto de elevada cobertura vacinal, quer ao nível do esquema primário quer do esquema de reforço, de emergência de novos fármacos para a doença grave e de maior conhecimento sobre a infeção.

Mantendo-se a situação de alerta em todo o território de Portugal continental, considerando os critérios epidemiológicos de gestão da pandemia da doença COVID-19 e a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, o País encontrava-se numa situação que permitia deixar fixar as regras

⁴ <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/covid-19-curva-epidemica-e-parametros-de-transmissibilidade/>

relativas à realização de testes de diagnósticos de SARS-CoV-2, passando os mesmos a ser determinados pela Direção-Geral da Saúde.

Assim, a 30 de setembro de 2022, e “Face ao desenvolvimento da situação epidemiológica num sentido positivo, observado nos últimos meses, assistiu-se à redução da necessidade de aprovação de novas medidas e de renovação das já aprovadas”, tendo o país deixado o estado de alerta. Com o fim do estado de alerta, o isolamento deixou de ser obrigatório, cessou o mecanismo de atribuição de incapacidade temporária para o trabalho por COVID-19 e o subsídio associado, que deixou de ter um regime especial, passando a beneficiar do regime das outras situações de doença. Também a partir dessa data, os testes à COVID-19 deixaram de ser prescritos via SNS24.

De acordo com o INSA (2022), num contexto de elevadas coberturas vacinais, o controlo da pandemia estará sobretudo dependente, da duração da imunidade e do surgimento de novas variantes que possam escapar à imunidade gerada por infeção ou vacinação anteriores, ou que possam induzir doença mais grave. Algumas destas variantes de preocupação, como a Beta, a Gamma e a Ómicron apresentam mutações que as tornam mais transmissíveis e menos suscetíveis à imunidade adquirida por infeção ou mediada por vacinas⁵, o que justifica a magnitude muito elevada das ondas pandémicas observadas desde o final de 2021, apesar das elevadas coberturas vacinais.

Refere ainda o laboratório supracitado que, de acordo com a atual evidência, as infeções em pessoas vacinadas são predominantemente causadas por variantes de preocupação⁶ (Araf et al., 2022), no entanto, apesar da diminuição da efetividade das vacinas contra as novas variantes de preocupação, as vacinas atuais reduzem o número de casos que desenvolvem doença grave, mesmo em regiões onde estas variantes são dominantes⁷.

O Grupo Técnico Consultivo da OMS sobre Evolução de Vírus (TAG-VE) reuniu em 24 de outubro de 2022 para partilhar e avaliar evidências sobre as linhagens descendentes da Ómicron.

A OMS continuou a monitorizar as variantes do SARS-CoV-2, incluindo linhagens descendentes de VOC's, designadamente as linhagens XBB* e BQ.1* como parte da Ómicron, para rastrear mudanças na prevalência e nas características virais. As tendências atuais que descrevem a circulação das linhagens descendentes de Ómicron devem ser interpretadas com a devida consideração das limitações dos sistemas de vigilância do COVID-19. Isso inclui diferenças na capacidade de sequenciamento e estratégias de amostragem entre os países, mudanças nas estratégias de amostragem ao longo do tempo, reduções nos testes realizados e nas sequências compartilhadas pelos países e atrasos no upload dos dados da sequência (WHO, 2022).

Assim, a OMS solicitou aos países que continuem vigilantes, para monitorizar e relatar sequências, bem como conduzir análises independentes e comparativas das diferentes sublinhagens Ómicron.

⁵ *Op. Cit.* Merad, Blish, Sallusto, & Iwasaki, 2022

⁶ *Op. Cit.* Araf et al., 2022

⁷ *Op. Cit.* Abu-Raddad, Chemaitelly, & Butt, 2021, Kislaya, Rodrigues, et al., 2022, Kislaya, Casaca, et al., 2022

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

O presente capítulo pretende descrever a metodologia e métodos aplicados na elaboração da presente dissertação.

Para o desenvolvimento deste trabalho será efetuada, inicialmente, uma revisão da literatura, incluindo análise da legislação em vigor sobre a matéria em estudo. Posteriormente, será utilizada a metodologia qualitativa, procurando-se obter uma melhor contextualização e compreensão das singularidades do tema, colocando o foco da investigação na descrição e compreensão de tendências do fenómeno em estudo.

O estudo assume-se como pesquisa exploratória, visto que embora se constate um crescente interesse teórico sobre a tema que se pretende estudar, a assunto é relativamente recente, apresentando um campo teórico pouco estabilizado e disperso. Pretende-se assim, obter um primeiro conhecimento da situação em estudo.

Gil (1989) evidencia que as pesquisas exploratórias “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias” que sustentem a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores, que pretendem proporcionar uma visão geral sobre determinado fato, e que se recorre a este tipo de pesquisa “especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas” (1989).

Após a revisão da literatura efetuada, desenvolveu-se, como já referido, um trabalho de investigação exploratório, tendo sido utilizada uma metodologia qualitativa.

O estudo empírico realizado teve como principal objetivo aferir se têm ou não os municípios competências no âmbito do combate à COVID-19, especificamente aferir as competências concretas dos Municípios no âmbito do combate à COVID-19, designadamente no que diz respeito à realização de inquéritos epidemiológicos, rastreios de contactos e vigilâncias ativas e colaboração com a Autoridade de Saúde Local.

CAPÍTULO 4 - ESTUDO DE CASO - O EXEMPLO DE UM MUNICÍPIO

4.1 Enquadramento geral

Desde março de 2020 que tem sido referido em vários diplomas legais, o dever de colaboração, nomeadamente no cumprimento de ordens ou instruções das autoridades de saúde, dos órgãos e agentes responsáveis pela segurança interna e pela protecção civil e na pronta satisfação de solicitações que justificadamente lhes sejam feitas pelas entidades competentes para a concretização das medidas que justificam a Declaração das situações de alerta, contingência e calamidade, nos termos dos números 1 a 3 do artigo 6.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (LBPC), na sua redação atual,

O artigo acima aludido estabelece deveres gerais e especiais, referindo, designadamente que “Os cidadãos e demais entidades privadas têm o dever de colaborar na prossecução dos fins da protecção civil, observando as disposições preventivas das leis e regulamentos, acatando ordens, instruções e conselhos dos órgãos e agentes responsáveis pela segurança interna e pela protecção civil e satisfazendo prontamente as solicitações que justificadamente lhes sejam feitas pelas entidades competentes.”, “Os funcionários e agentes do Estado e das pessoas colectivas de direito público, bem como os membros dos órgãos de gestão das empresas públicas, têm o dever especial de colaboração com os organismos de protecção civil.”, e ainda “Os responsáveis pela administração, direcção ou chefia de empresas privadas cuja laboração, pela natureza da sua actividade, esteja sujeita a qualquer forma específica de licenciamento têm, igualmente, o dever especial de colaboração com os órgãos e agentes de protecção civil.”

No contexto de uma potencial ameaça ou perante uma emergência de saúde pública, a vigilância epidemiológica é fundamental para detetar precocemente os casos, monitorizar a evolução da epidemia para orientar as estratégias e as medidas de saúde pública, assim como para avaliar o impacto das intervenções (Correia et al., 2020).

De acordo com a DGS (2021), a investigação epidemiológica⁸ é operacionalizada através da realização do inquérito epidemiológico, que consiste na recolha sistemática de informação clínica e epidemiológica referente aos casos notificados (possíveis/prováveis e confirmados) de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, nos termos da Norma nº 20/2021 da DGS, para a implementação de medidas de prevenção e controlo.

Assim, a informação recolhida no decorrer da investigação epidemiológica é registada nos suportes criados para o efeito designadamente na aplicação informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e na plataforma Trace COVID-19.

De acordo com a Norma nº 15/2020 da DGS, inicialmente em vigor, o rastreio de contactos, que faz parte integrante da investigação epidemiológica, tem como objetivo primordial identificar

⁸ Center for Disease Control (CDC). Consultar: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contacttracing/contact-tracing-plan/investigating-covid-19-case.html>

rapidamente potenciais casos secundários, de forma a que se possa intervir e interromper a cadeia de transmissão da infeção, e inclui as seguintes etapas:

- a) Identificação imediata de todos os contactos de um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, tendo em conta o período de infecciosidade, estabelecido na sequência do inquérito epidemiológico (IE);
- b) Avaliação e estratificação de risco dos contactos identificados, incluindo a avaliação dos sinais e/ou sintomas sugestivos de COVID-19.

Não havendo na altura, nenhum laboratório no Município em questão que realizasse colheita e análise de testes para a SARS-CoV-2, a 2 de setembro de 2020, numa parceria entre o Município e o Laboratório Germano de Sousa, foi aberto um centro de testes em regime de *Drive Through* e colheitas ao domicílio.

Os testes realizavam-se pelo método PCR (*polymerase chain reaction*) que são os métodos de referência, para o diagnóstico e rastreio e confirmam a presença do vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19.

Em termos gerais, tornava-se importante, entre outras, ter sempre presente as seguintes Normas da DGS:

- ✓ Norma nº 04/2020 - COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19;
- ✓ Norma nº 15/2020 - COVID-19: Rastreio de Contactos;
- ✓ Norma nº 19/2020 - COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2.

As normas referidas estiveram em constante alteração, sendo que os procedimentos a adotar iam mudando.

4.1.1 Norma nº 04/2020 da DGS - Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

A Norma nº 04/2020 da DGS, publicada a 23/03/2020, referia que eram consideradas suspeitas de COVID-19 “todas as pessoas que desenvolvam quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória”, devendo ligar para a Linha SNS24 (808 24 24 24) e ainda devendo ser submetidos a teste laboratorial (RT-PCR) para SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior), nos termos da Orientação n.º 15/2020 e da Norma nº 07/2020 da DGS.

A entrada em vigor desta norma, veio definir, entre outros, que os utentes em domicílio que tivessem testado positivo à COVID-19, se mantinham em isolamento e sob seguimento clínico de acordo com o protocolo estabelecido no

ANEXO I e na Orientação n.º 010/2020 da DGS em vigor à data.

Esses mesmos doentes, e caso ficassem assintomáticos durante o seguimento repetiam o teste entre o 10.º e o 14.º dia após o início dos sintomas. No entanto, ao abrigo da mesma norma, a cura apenas era determinada após existência de dois testes (RT-PCR para SARS-CoV-2) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença.

Assim, e tendo em conta o definido nesta norma, os isolamentos podiam ser bastante prolongados, chegando mesmo a ir até meses.

A norma supracitada foi tendo várias alterações e, na sua atualização 31/08/2020, definiu que os doentes que demonstrassem ausência completa da febre (sem recurso a antipiréticos) e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos seriam avaliados relativamente aos critérios de cura.

Assim, os que cumprissem os requisitos acima mencionados, a cura era determinada:

- a) Nos doentes sem internamento hospitalar por COVID-19: por um teste laboratorial (RT-PCR) negativo, realizado, no mínimo, 14 dias após o início dos sintomas.
- b) Nos doentes com internamento hospitalar por COVID-19: por dois testes laboratoriais (RT-PCR) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença, realizados, no mínimo, 14 dias após o início dos sintomas.

Esta nova versão veio proceder, entre outras, à atualização dos seus Anexo 5, 8 e 9, na qual se salienta a implementação do autoreporte para seguimento clínico dos doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 em isolamento, no domicílio, de acordo com o ANEXO II.

A 14/10/2020, a Norma nº 04/2020 da DGS sofreu nova alteração, passando a ser consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2 as pessoas que desenvolvessem:

- a) Quadro clínico sugestivo de infeção respiratória aguda com pelo menos um dos seguintes sintomas:
 - i. Tosse de novo, ou agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias, ou;
 - ii. Febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível, ou;
- b) Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.

Esta atualização da Norma nº 04/2020 da DGS veio ainda alterar os critérios de alta clínica e fim de medidas de isolamento, para pessoas com COVID-19.

Assim, e nos termos da referida atualização, o fim das medidas de isolamento dos doentes sintomáticos com COVID-19 era determinado pelo cumprimento dos seguintes critérios, sem necessidade de realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2, e de acordo com a gravidade clínica:

- a) Doença ligeira ou moderada: 10 dias desde o início dos sintomas, desde que:
 - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;

- ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos;
- b) Doença grave ou crítica: 20 dias desde o início dos sintomas, desde que:
 - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
 - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos.
- c) Situações de imunodepressão grave, independentemente da gravidade da doença: 20 dias desde o início dos sintomas, desde que:
 - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
 - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos.

De salientar ainda que quando se refere a “melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos, excetuava-se a anosmia, ageusia e disgeusia, que podiam persistir durante semanas, não sendo avaliados na decisão de término de isolamento.

Ainda nos termos da mesma atualização da norma supracitada, já no caso de doentes com COVID-19 que não tivessem qualquer manifestação clínica de doença à data do diagnóstico laboratorial e até ao final do seguimento clínico (assintomáticos), o fim das medidas de isolamento era determinado 10 dias após a realização do teste laboratorial que havia estabelecido o diagnóstico de COVID-19.

Esta atualização referia ainda que as pessoas que tinham recuperado de COVID-19 e que após terem cumprido os critérios de fim de isolamento determinados anteriormente, não realizavam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos 90 dias subsequentes ao fim do isolamento. A exceção verificava-se para as pessoas que desenvolviam novamente sintomas e que eram contacto de AR de um caso confirmado de COVID-19, nos últimos 14 dias e não tinham diagnóstico alternativo (incluindo outros vírus respiratórios), ou apresentassem condições de imunodepressão.

A 19/4/2021, e com nova atualização da Norma nº 04/2020 da DGS foram, entre outras alterações, revistos novamente os critérios de fim das medidas de isolamento.

De acordo com a referida norma, “os critérios de fim de isolamento definem o momento a partir do qual a pessoa não é considerada infecciosa, independentemente do local onde cumpre vigilância e do nível de cuidados clínicos que necessita.”

Assim, e nos termos da norma citada, o fim das medidas de isolamento era determinado apenas no momento em que se comprovava o cumprimento cumulativo dos seguintes critérios:

- a) Critérios de melhoria clínica:
 - i. Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos, e;
 - ii. Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos⁹;
- b) Tempo mínimo preconizado para isolamento:
 - i. Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas;

⁹ Anosmia, disgeusia, fadiga ou mialgias podem persistir durante semanas, não devendo ser considerados para o fim do isolamento.

- ii. Contado desde a data de realização do teste laboratorial que confirmou o diagnóstico nas pessoas assintomáticas durante o curso da doença, bem como nos doentes com incapacidade de datação do dia de início de sintomas.

Desta forma, e em termos gerais, o tempo mínimo preconizado para isolamento passou a ser de:

- a) 10 dias nas pessoas assintomáticas;
- b) 10 dias nas pessoas que desenvolvem doença ligeira ou moderada;
- c) 20 dias nas pessoas que desenvolvem doença grave;
- d) 20 dias nas pessoas com imunodepressão, independentemente da gravidade da evolução clínica.

Em 29/10/2021, a Norma nº 04/2020 foi novamente alterada, sendo a principal atualização a seguinte: “As pessoas que recuperaram de COVID-19 e que cumpriram os critérios de fim de isolamento determinados, não realizam novos testes laboratoriais para SARS-CoV-2, nos 180 dias subsequentes ao fim do isolamento.”

A referida norma foi, mais uma vez, alterada a 05/01/2022 sendo que as principais atualizações foram as seguintes:

- ✓ Abordagem das pessoas assintomáticas com infeção por SARS-CoV-2
- ✓ Abordagem das pessoas sintomáticas com suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2
- ✓ Período de isolamento para pessoas assintomáticas e com doença ligeira: 7 dias
- ✓ Referencia e encaminhamento das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2
- ✓ Protocolo para seguimento clínico remoto durante o isolamento em domicílio

No que se refere ao apoio prestado pelo Município, o ponto mais importante prendeu-se com a alteração do tempo mínimo preconizado para isolamento, passando a ser de:

- a) 7 dias nas pessoas assintomáticas ou que desenvolvem doença ligeira;
- b) 10 dias nas pessoas que desenvolvem doença moderada;
- c) 20 dias nas pessoas que desenvolvem doença grave;
- d) 20 dias nas pessoas com imunodepressão, independentemente da gravidade da evolução clínica.

Para além de outras alterações como a ocorrida em 21 de abril de 2021 que não trouxe grandes alterações às tarefas atribuídas à EASP, esta Norma sofreu novamente atualizações em 06/07/2022, sendo que a fundamental para o apoio prestado pela EASP se prendeu novamente com o tempo mínimo de isolamento. Assim, passaram a verificar-se os seguintes tempos:

- a) Para as pessoas com infeção assintomática ou doença ligeira: 5 dias.

- b) Para as pessoas com infeção assintomática ou doença ligeira, internadas ou em ERPI devem ser acrescentados mais 2 dias ao tempo mínimo de isolamento da alínea anterior, pela vulnerabilidade das populações.
- c) Para as pessoas com doença moderada: 10 dias.
- d) Para as pessoas com doença grave: 20 dias ou 10 dias com Teste Rápido de Antigénio (TRAg) de uso profissional negativo.
- e) Para as pessoas com imunodepressão grave: o fim das medidas de isolamento deve ser decidido caso-a-caso pelo médico assistente.

A 30 de setembro de 2022, e com o fim do estado de alerta, terminou também o isolamento profilático de pessoas infetadas por COVID-19.

4.1.2 Norma nº 15/2020 da DGS - COVID-19: Rastreio de Contactos

Por outro lado, a 24 de julho de 2020, foi publicada a Norma nº 15/2020 da DGS, relativa à COVID-19: Rastreio de Contactos.

Citando a referida norma, “De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia e o Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) um efetivo rastreio de contactos (identificação, avaliação do risco e implementação de medidas) é um elemento chave para a deteção precoce de casos e limitação da propagação da COVID-19.”

Assim, a Norma nº 15/2020 veio estabelecer que o rastreio de contactos consistia em três passos:

- a) Identificação de todas as pessoas (contactos) que estiveram potencialmente expostas a gotículas respiratórias ou secreções de um caso de COVID-19;
- b) Avaliação dos contactos com estratificação de risco, através da investigação e comunicação com os contactos identificados;
- c) Implementação de medidas, incluindo o isolamento profilático (IP) e a vigilância (seguimento e a monitorização regular dos contactos relativamente à sua sintomatologia).

Ao abrigo desta norma foi definido que “Para a efetiva implementação dos procedimentos da presente Norma, a Autoridade de Saúde pode solicitar o apoio de outros elementos da Unidade de Saúde Pública, ou outros profissionais de fora desta, que considere necessários, distribuindo-lhes algumas das tarefas, nomeadamente a vigilância diária dos contactos.”

A referida norma veio ainda estabelecer que “Um contacto é uma pessoa que esteve exposta a um caso de COVID-19, ou a material biológico infetado com SARS-CoV-2, dentro do período de transmissibilidade.”, considerando-se que, para efeitos de rastreio de contactos o período de transmissibilidade se estendia desde 48 horas antes da data de início de sintomas do caso de COVID-19 sintomático ou da data da colheita do produto biológico do teste laboratorial do caso de COVID-19 assintomático até ao dia em que era estabelecida a cura do caso, definida nos termos da Normas 004/2020 e 010/2020 da DGS.

A Norma nº 15/2020 da DGS veio, por outro lado, definir que o risco de contrair infeção por SARS-CoV-2 era dependente do nível de exposição. Assim, e de acordo com o seu nível de exposição, os contactos de caso confirmado de COVID-19 eram classificados em exposição de alto risco e de baixo risco, nos termos do ANEXO III. Seria então a classificação de contactos de COVID-19¹⁰ que iria determinar o tipo de vigilância e de medidas a implementar. No ANEXO IV podemos verificar o fluxo de abordagem de acordo com a classificação do contacto.

De acordo com a Norma supracitada, e após a identificação de um caso de COVID-19, devia ser assegurada a investigação epidemiológica detalhada pela Autoridade de Saúde, apoiada pela USP e, com base na avaliação de risco, aplicado o conjunto de medidas considerado apropriado.

Assim, os procedimentos de investigação epidemiológica, em particular o rastreio de contactos, deveriam ser realizados o mais precocemente possível, preferencialmente nas 12 horas seguintes à identificação do caso, e independentemente da forma como se havia tomado conhecimento da existência do caso de COVID-19.

Portanto, eram identificadas todas as pessoas que tivessem sido consideradas como eventuais “contactos” e, de acordo com o nível de exposição, os contactos eram classificados como contactos de alto risco ou contactos de baixo risco, sendo informados das medidas a adotar.

Desse modo, e nos termos da referida norma, quando se classificava um contacto como tendo exposição de alto risco, o mesmo ficava sujeito a:

- a) Vigilância ativa (VA) durante 14 dias, desde a data da última exposição;
- b) Determinação de isolamento profilático, no domicílio ou outro local definido a nível local, pela Autoridade de Saúde, até ao final do período de VA.

Ainda nos termos da Norma nº 15/2020 da DGS, os contactos de alto risco eram informados das medidas a adotar durante o período de VA, designadamente:

- a) Automonitorizar diariamente os sintomas compatíveis com COVID-19, através da funcionalidade de autoreporte, disponível no Registo de Saúde Eletrónico ou no portal COVID-19 e cujos dados migram para a plataforma Trace COVID-19, de acordo com a indicação da Autoridade de Saúde, se esta considerar que estão reunidas condições para um reporte fidedigno;
- b) Medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
- c) Estar contactável;
- d) Implementar rigorosamente as medidas de higiene das mãos e etiqueta respiratória;
- e) Estar em isolamento/confinamento obrigatório, nos termos definidos na legislação em vigor, no domicílio ou outro local designado para o efeito, e em cumprimento das regras e medidas definidas na Orientação nº 010/2020 da DGS;

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

- f) Contactar, preferencialmente, a Autoridade de Saúde responsável pela VA (através de contacto telefónico fornecido por esta ao utente, no primeiro contacto), ou o SNS24, se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.

Quanto aos contactos de baixo risco, e de acordo com a supracitada norma, o mesmo ficava sujeito a vigilância passiva (VP) durante 14 dias, desde a data da última exposição e era informado das seguintes medidas a adotar durante o período de VP:

- a) Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19;
- b) Medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
- c) Implementar rigorosamente as medidas de distanciamento, higiene das mãos e etiqueta respiratória e a utilização de máscara de acordo com a Orientação nº 19/2020 e Informação nº 09/2020 da DGS;
- d) Não frequentar locais com aglomerações de pessoas, mantendo a atividade laboral e assegurando o cumprimento da alínea anterior;
- e) Autoisolar-se e contactar a Autoridade de Saúde responsável pela VP (através do número telefónico fornecido por esta ao utente, no primeiro contacto), ou o SNS24, se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.

Posteriormente, a 11 de fevereiro de 2021 a Norma nº 15/2020 da DGS sofreu a primeira alteração. De acordo com esta atualização de 11/02/2021, a “Autoridade de Saúde deve determinar a mobilização de recursos materiais e humanos de outras unidades funcionais, sob a sua coordenação, distribuindo-lhes tarefas de acordo com as competências dos mesmos. A Autoridade de Saúde deve ainda mobilizar outros profissionais, cuja gestão é realizada em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde e as Unidades Locais de Saúde, no quadro de metodologias de trabalho colaborativo.”

Referia ainda o nº 6 da mesma norma que os profissionais referidos anteriormente deveriam realizar o Curso de Formação Online de Vigilância Epidemiológica da COVID-19, disponibilizado pela Direção-Geral da Saúde, na plataforma NAU.

Assim, alguns elementos da equipa efetuaram a referida formação, cujo certificado se pode visualizar na figura seguinte, tendo sido abordados os seguintes conteúdos:

- ✓ Identificar a cadeia epidemiológica da COVID-19;
- ✓ Descrever as respostas do hospedeiro ao coronavírus SARS-CoV-2;
- ✓ Explicar as abordagens terapêuticas à COVID-19;
- ✓ Melhorar as competências para a prevenção da transmissão da COVID-19;
- ✓ Melhorar as competências para minimizar a exposição ocupacional à COVID-19;
- ✓ Diferenciar as características técnicas dos equipamentos de proteção individual;
- ✓ Desenvolver competências para a conceção e implementação de estratégias institucionais para a prevenção da transmissão da COVID-19;
- ✓ Implementar medidas eficazes de prevenção da transmissão da COVID-19.



Figura 3 – Certificado da formação exigida ao abrigo da norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 11 de fevereiro de 2021

Com a frequente alteração das normas em vigor, era imprescindível que a EASP estivesse também em constante atualização sendo, para o efeito, ministrada formação. Assim, sempre que necessário, a coordenadora da EASP preparava a informação a transmitir aos restantes colegas, depois de validade pela USP local. Salienta-se o facto de muitas vezes, as normas serem divulgadas já tarde e, com entrada em vigor logo no dia seguinte. Assim, era importante preparar a informação atempadamente.

Com a alteração da Norma nº 15/2020 a 11 de fevereiro de 2021, foi alterado também o conceito de “Contactos de alto risco” definindo que os referidos contactos realizavam dois testes ao longo do IP, sendo o primeiro realizado o mais precocemente e até ao 5º dia e o 2º teste realizado ao 10º dia, nos termos da Norma nº 19/2020 da DGS, exceto se desenvolvessem sintomas sugestivos de COVID-19. A realização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 no momento da identificação dos contactos constituía uma estratégia para reduzir e controlar a transmissão da infeção por SARS-CoV-2.

Nesta fase, os contactos de baixo risco passaram também a realizar teste inicial o mais precocemente e até ao 5º dia.

Com a esta atualização da Norma nº 15/2020, passou também a verificar-se a possibilidade de antecipar o fim do IP após teste negativo ao 10º dia, nas situações de contactos de alto risco, assintomáticos, não coabitantes e com as exceções seguintes que careciam de avaliação caso a caso:

- a) Contactos que pertençam a contextos de risco:
 - i. Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI);
 - ii. Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas;
 - iii. Instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco;

- iv. Estabelecimentos de Educação e Ensino;
- v. Determinados contextos laborais;
- vi. Estabelecimentos prisionais ou similares;
- vii. Instituições de acolhimento para populações migrantes / refugiados.

- b) Contactos com risco elevado de transmissão a pessoas com condições associadas a evolução para COVID-19 grave (Norma nº 04/2020 da DGS), por exemplo, cuidadores informais.

Esta atualização veio ainda definir que “Os procedimentos de inquérito epidemiológico e o rastreio de contactos devem ser iniciados nas 24 horas seguintes ao conhecimento da existência do caso.”

Posteriormente, num período de tempo muito curto, a 19 de fevereiro de 2021, a Norma nº 15/2020 sofreu uma nova atualização, tendo sido, mais uma vez, alterado o conceito de “Contactos de alto risco”. Os referidos contactos de alto risco realizavam dois testes ao longo do IP, sendo o primeiro realizado o mais precocemente e até ao 5º dia e o 2º teste realizado ao 10º dia, nos termos da Norma nº 19/2020 da DGS, exceto se desenvolvessem sintomas sugestivos de COVID-19.

Também nos termos da referida Norma, todos os contactos de um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 eram estratificados, de acordo com o seu nível de exposição, em contactos de alto risco e contactos de baixo risco, de forma a determinar o tipo de vigilância e de medidas a implementar.

Todavia, com esta alteração da Norma nº 15/2020 de 19/2/2021, e como já referido, foram alterados os conceitos de “Contactos de Alto Risco” e “Contactos de Baixo Risco”, tendo-se ainda definido que “O uso de máscaras ou outros tipos de EPI não exclui uma pessoa de ser considerada como contacto de alto risco, exceto se usados por profissionais treinados em contexto de prestação direta de cuidados a doentes.” Assim, podemos verificar nas figuras seguintes, as definições operacionais de contato de alto risco e de baixo risco.

Exposição de Alto Risco (Contactos de Alto Risco)	
1.	Contacto cara-a-cara com um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19 a uma distância inferior a 1 metro , independentemente do tempo de exposição;
2.	Contacto cara-a-cara com um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19 a uma distância entre 1 e 2 metros e durante 15 minutos ou mais (sequenciais ou cumulativos, ao longo de 24 horas);
3.	Contacto em ambiente fechado com um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 (ex. coabitação, sala de reuniões, sala de espera, sala de aula) durante 15 minutos ou mais, incluindo viagem em veículo fechado com caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19 (a avaliação de risco em aeronave e navio deve ser remetida para as normas em vigor) ;
4.	Prestação direta e desprotegida de cuidados de saúde a casos confirmados de infeção pelo SARS-CoV-2/ COVID-19 (isto é, sem uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Norma n.º 007/2020 e/ou a Orientação n.º 019/2020 da DGS, ou sempre que houver indícios de utilização/remoção incorreta);
5.	Contacto direto e desprotegido, em ambiente laboratorial ou locais de colheita, com produtos biológicos infetados com SARS-CoV-2;
6.	Contacto identificado pela aplicação móvel STAYAWAY COVID.

Figura 4 - Definições operacionais de contato de alto risco (Fonte: Adaptado da Norma nº 15/2020, atualizada a 19 de fevereiro de 2021)

Assim, e nos termos da referida Norma, todos os contactos de alto risco estavam sujeitos a IP, no domicílio ou noutro local definido a nível local, pela Autoridade de Saúde, sendo o fim do respetivo IP correspondente ao 14.º dia após a data da última exposição de alto risco ao caso confirmado, conforme estabelecido na Declaração de Isolamento Profilático.

Durante o período de IP, o contacto era informado do seu dever de adoção das seguintes medidas:

- a. Estar contactável;
- b. Cumprir a Orientação n.º 010/2020 da DGS;
- c. Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19, bem como medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
- d. Contactar o SNS 24 se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19, e informar a Autoridade de Saúde, se possível.

Exposição de Baixo Risco (Contactos de Baixo Risco)
1. Contacto cara-a-cara , a uma distância entre 1 e 2 metros com um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, por período inferior a 15 minutos ;
2. Contacto em ambiente fechado com um caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 (ex. coabitação, sala de reuniões, sala de espera, sala de aula), incluindo viagem em veículo fechado com caso confirmado de infeção pelo SARSCoV-2 / COVID-19, por período inferior a 15 minutos (sequenciais ou cumulativos; ao longo de 24 horas).

Figura 5 - Definições operacionais de contato de baixo risco (Fonte: Adaptado da Norma nº 15/2020, atualizada a 19 de fevereiro de 2021)

Ainda nos termos da Norma nº 15/2020 atualizada a 19/02/2021, todos os contactos de baixo risco mantiveram a necessidade de se manterem em VP durante 14 dias desde a data da última exposição, devendo adotar as seguintes medidas durante esse período:

- a) Cumprir a Orientação n.º 010/2020 da DGS;
- b) Automonitorizar e registar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19, bem como medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
- c) Limitar os contactos com outras pessoas, reduzindo as suas deslocações ao indispensável e adotar as medidas preventivas em permanência;
- d) Contactar o SNS 24 se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.

Com nova atualização da Norma nº 15/2020 a 1 de outubro de 2021, que produziu efeitos a partir de 3 de outubro de 2021, foram introduzidas alterações consideráveis, designadamente:

- Estratificação de risco do contacto de acordo com o estado vacinal;
- Fim do período de isolamento profilático após obtenção de um resultado negativo num teste para SARS-CoV-2 realizado ao 10.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado, com exceções de acordo com a avaliação de risco da Autoridade de Saúde.

Assim, foi verificada nova alteração ao conceito de Contactos de Alto Risco, estratificando-os, também, de acordo com o **estado vacinal**.

Desta forma, passaram a ser considerados contactos de alto risco as pessoas com um nível de exposição elevado ao caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 (Figura 6) que:

a) Não apresentavam esquema vacinal completo¹¹;

OU

b) Apresentavam esquema vacinal completo, mas:

i. Coabitavam com o caso confirmado em contexto de elevada proximidade (por exemplo, partilha do mesmo quarto) ou;

ii. Fossem contacto de caso confirmado no contexto de um surto em ERPI e outras respostas similares dedicadas a pessoas idosas, UCCI da RNCCI, instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco, estabelecimentos prisionais, Centros de acolhimento de migrantes e refugiados ou;

iii. Residiam ou trabalhavam em ERPI's e outras respostas similares dedicadas a pessoas idosas.

Eram, nesta altura, considerados contactos de baixo risco as pessoas que:

a) Apresentassem um nível de exposição de baixo risco (Figura 6);

b) Apresentassem um nível de exposição de alto risco e não cumprissem nenhum dos critérios referidos anteriormente.

CLASSIFICAÇÃO DE CONTACTOS E MEDIDAS A IMPLEMENTAR						
Tabela 2: Classificação do contacto e medidas a implementar						
Nível de exposição (Tabela 1)	Esquema vacinal completo (Norma 002/2021)	Situações excecionais (alínea b., ponto 16)	Classificação do Contacto	Testes (pontos 24 e 25)	Vigilância (pontos 27 a 29)	Isolamento Profilático (pontos 35 e 36)
Elevado	Não	N/A	ALTO RISCO	1.º teste até ao 5.º dia	Ativa	Sim
	Sim	Sim		2.º teste ao 10.º dia		
Baixo	N/A	N/A	BAIXO RISCO	Teste até ao 5.º dia	Passiva	Não
	Sim	Não				

N/A – Não aplicável.

Adaptado da Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 01/10/2021

NOTA: Um contacto pode ser de elevado nível de exposição e ser baixo risco

Figura 6 – Classificação de contactos e medidas a implementar no âmbito da Norma nº 15/2020, atualizada a 01 de outubro de 2021

Com esta alteração significativa da Norma nº 15/2020 a 1/10/2021 tornou-se, mais uma vez, fundamental preparar informação, validar com a ASL e ministrar formação à EASP. Assim, na figura

¹¹ Inclui, pessoas sem esquema iniciado, com esquema incompleto ou com esquema completo há menos de 14 dias.

seguinte, podemos visualizar as medidas a implementar para os contactos de alto risco e de baixo risco em vigor nesta data.



Figura 7 - Medidas a implementar de acordo com a atualização da Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 01 de outubro de 2021

Assim, e título meramente indicativo, na figura seguinte apresenta-se uma forma de contagem de período de IP, quando o mesmo era de 10 dias.



Figura 8 – Contagem de período de Isolamento Profilático (Fonte: Elaboração própria)

Referia ainda a Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 1/10/2021 que “O inquérito epidemiológico e o rastreio de contactos devem ser iniciados nas 24 horas seguintes ao conhecimento da existência do caso, independentemente da forma como se tomou conhecimento da existência do mesmo.”

A 20 de dezembro de 2021, verificou-se nova atualização da Norma nº 15/2020, sendo efetuada alteração ao nível da estratificação de risco do contacto de acordo com o estado vacinal.

Assim, e no que se refere aos contactos de alto risco apenas foi alterada a condição i. da alínea b) do ponto 16 que referia que eram contactos de alto risco as pessoas com um nível de exposição elevado ao caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 que apresentavam esquema vacinal completo, mas que coabitavam com o caso confirmado em contexto de elevada proximidade (por exemplo, partilha do mesmo quarto), passando a considerar-se, a partir desta data, que eram então de contactos de alto risco os contactos que apresentavam esquema vacinal completo, mas coabitavam com o caso confirmado.

Com a atualização da Norma nº 15/2020 a 5 de janeiro de 2022, verificaram-se várias alterações, conforme indicadas abaixo:

✓ Identificação dos contactos com foco na coabitação

Passaram a ser considerados contactos de alto risco, com entrada em vigor no dia 10 de janeiro de 2022, as pessoas que coabitavam com o caso confirmado, exceto se apresentassem esquema vacinal primário completo com dose de reforço, nos termos da Norma nº 02/2021 da DGS, ou com história de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 nos 180 dias subsequentes ao fim do isolamento ou que residissem **ou** trabalhassem em ERPI e outras respostas similares dedicadas a pessoas idosas, comunidades terapêuticas e comunidades de inserção social, bem como os centros de acolhimento temporário e centros de alojamento de emergência, UCCI da RNCCI.

✓ Identificação dos contactos de alto risco pelo caso confirmado através do FAIE

A identificação de contactos que coabitavam com o caso confirmado, exceto se apresentassem esquema vacinal primário completo com dose de reforço, nos termos da Norma nº 02/2021 da DGS, ou com história de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 nos 180 dias subsequentes ao fim do isolamento, passou a ser efetuado preferencialmente através do Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico (FAIE), preenchido e submetido pelo caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, e integrado na plataforma Trace COVID-19.

✓ Testes laboratoriais para SARS-CoV-2 (TAAN ou TRAg) para contactos de alto risco

Assim, os contactos de alto risco realizavam o primeiro teste o mais precocemente possível até ao 3.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado, e o segundo teste ao 7.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado.

✓ Testes laboratoriais para SARS-CoV-2 (TAAN ou TRAg) para os restantes contactos

Os restantes contactos identificados passaram a realizar teste laboratorial o mais precocemente possível e, idealmente, até ao 3.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado.

✓ Período de isolamento profilático para contactos de alto risco

O fim do isolamento profilático dos contactos de alto risco passou a ser estabelecido mediante a obtenção de um resultado negativo num teste laboratorial molecular (TAAN) ou teste rápido antigénico de uso profissional (TRAg) para SARS-CoV-2, realizado ao 7.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado.

Desta forma, e resumindo, podemos verificar na figura seguinte a Estratificação do Risco do Contacto do Caso Confirmado e Medidas a Implementar à data de 10 de janeiro de 2022.

Tabela: Classificação do contacto e medidas a implementar					
Nível de exposição (Tabela 1)	Esquema vacinal primário com dose de reforço (Norma 002/2021)	Classificação do Contacto	Testes	Vigilância	Isolamento Profilático
Contextos de risco	N/A	ALTO RISCO	1.º teste até ao 3.º dia	Autovigilância	Sim
Coabitação	Não		2.º teste ao 7.º dia		
	Sim	BAIXO RISCO	Teste até ao 3.º dia	Autovigilância	Não
Restantes Situações	N/A				

N/A – Não aplicável.

Figura 9 - Estratificação do Risco do Contacto do Caso Confirmado e Medidas a Implementar à data de 10 de janeiro de 2022
(Fonte: Norma nº 15/2020 da DGS, atualizada a 5 de janeiro de 2022)

No entanto, a 24 de janeiro de 2022, a Norma nº 15/2020 sofreu nova atualização, tendo-se verificado as seguintes alterações principais:

✓ A identificação de contactos realizada preferencialmente pelo caso confirmado através do Formulário de Casos e Contactos (FCC)

No contexto epidemiológico verificado naquela data, para a implementação de medidas adequadas e proporcionais, de acordo com a Figura 10, era privilegiada a identificação dos contactos de AR, preferencialmente pelo próprio caso confirmado, as Autoridades de Saúde intervinham, essencialmente, em contextos específicos, nomeadamente, em instituições de apoio ou acolhimento a populações mais vulneráveis e os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho / Saúde Ocupacional (SST/SO), intervinham no contexto laboral dos profissionais de saúde, em articulação, com a Autoridade de Saúde territorialmente competente.

Tabela: Classificação do contacto e medidas a implementar					
Contexto	Esquema vacinal primário com dose de reforço (Norma 002/2021) ou Recuperação de COVID-19 (180 dias)	Classificação do Contato	Testes	Vigilância	Isolamento Profilático
Coabitação (alínea a do ponto 6)	Não	ALTO RISCO	1.º teste o mais precocemente possível 2.º teste entre o 3.º e o 5.º dia	Autovigilância	Não
Instituições com populações mais vulneráveis (alínea b do ponto 6)	Não				
Coabitação (alínea a do ponto 6)	Sim	BAIXO RISCO	Não	Autovigilância	Não
Instituições com populações mais vulneráveis (alínea b do ponto 6)	Sim				
Restantes situações	N/A				

N/A – Não aplicável.

Figura 10 – Identificação de contactos e medidas a implementar no contexto epidemiológico a 23 de fevereiro de 2022 (Fonte: Norma nº 15/2020, atualizada a 23 de fevereiro de 2022)

A identificação de contactos de AR de um caso confirmado era, no caso dos coabitantes, realizada preferencialmente pelo caso confirmado, através do FCC, preenchido e submetido pelo caso confirmado e integrado na plataforma Trace COVID-19 ou pelo SNS 24, através de algoritmos validados para o efeito, na impossibilidade de outras opções, ou ainda por profissionais coordenados pela Autoridade de Saúde territorialmente competente, através da aplicação FCC, na impossibilidade das opções anteriormente referidas.

✓ Classificação de contacto de alto risco

Consideravam-se contactos de alto risco as pessoas que coabitavam¹² com um caso confirmado, e ainda as que tivessem um contacto com um caso confirmado, com nível de

¹² De acordo com a Norma nº 15/2020, atualizada a 24 de fevereiro de 2022, entende-se por «coabitação» a partilha do mesmo espaço de habitação, no período de transmissibilidade / infecciosidade, independentemente do tempo e nível de exposição.

exposição elevado, e residissem, frequentassem ou trabalhassem em instituições de apoio ou acolhimento a populações mais vulneráveis ou ainda os que fossem profissionais de saúde, que prestassem cuidados de saúde diretos e de maior risco de contágio, de acordo com a avaliação de risco realizada pelos SST/SO, em articulação com o GCL-PPCIRA.

De acordo com esta atualização, excetuavam-se do conceito de alto risco as pessoas com esquema vacinal primário completo e que tivessem realizado dose de reforço com uma vacina contra a COVID-19 há pelo menos 14 dias, sendo então considerados contactos de baixo risco. Eram também considerados contactos de baixo risco os com história de infeção por SARS-CoV-2 nos 180 dias antes do contacto com o caso confirmado, não tendo então indicação para realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2, a não ser nas situações em que não era “possível garantir adequadas condições de isolamento dentro da habitação entre o caso confirmado e o(s) seu(s) coabitante(s).” Neste caso, a data da última exposição de AR correspondia “à data do fim do isolamento do caso confirmado (ou à data do fim do isolamento do último caso confirmado, se mais do que um caso confirmado entre os coabitantes).”

✓ Medidas para contactos de alto risco

Os contactos de alto risco ficavam, após a data da última exposição (incluindo o período de isolamento profilático), em autovigilância durante 14 dias e deviam cumprir as indicações do folheto de Recomendações e Medidas para os Contactos de Alto Risco definidas no ANEXO V.

✓ Emissão da Declaração Provisória de Isolamento (DPI)

Os contactos de alto risco estavam sujeitos a isolamento profilático, no domicílio ou noutro local, sendo emitida Declaração Provisória de Isolamento (DPI) após preenchimento o FCC ou do contacto com o SNS24, com validade máxima de 7 dias. Assim, e de acordo com esta atualização, a emissão da DPI era suficiente para a aplicação do IP aos contactos de AR, não sendo necessário nenhuma declaração ou documento adicional, salvo em situações excecionais, em que a Autoridade de Saúde podia determinar, fundamentada numa avaliação de risco caso-a-caso, o isolamento profilático a contactos de caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19 noutras circunstâncias não previstas nesta atualização, através da emissão de uma Declaração de Isolamento Profilático (DIP).

✓ Fim do isolamento profilático mediante a obtenção de um resultado negativo num teste laboratorial para SARS-CoV-2 realizado ao 7.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado

A presente atualização da norma veio estabelecer o fim do IP dos contactos de AR mediante a obtenção de um resultado negativo num teste laboratorial para SARS-CoV-2, realizado ao 7.º dia desde a data da última exposição ao caso confirmado (inclusive) ou entre o 8.º e o 13.º dia, mediante a obtenção de um resultado negativo num teste laboratorial, de acordo com o definido anteriormente, ou ainda ao 14.º dia após a data da última exposição ao caso confirmado, caso não seja realizado o teste laboratorial referido nas duas situações anteriores.

✓ Medidas para contactos de baixo risco

Os contactos de BR ficavam em autovigilância durante 14 dias desde a data da última exposição e deviam cumprir as indicações do folheto de Folheto de Recomendações e Medidas para os Contactos de Baixo Risco definidas no ANEXO VI.

✓ Utilização preferencial de testes rápidos de antígeno de uso profissional (TRAg) de acordo com o contexto epidemiológico

No contexto epidemiológico de elevada incidência da infeção por SARS-CoV-2 verificado aquando desta atualização, deveria ser privilegiada a utilização de TRAg de uso profissional para que fosse possível garantir a obtenção atempada dos resultados e a implementação adequada das medidas definidas.

A 23 de fevereiro de 2022 a Norma nº 15/2020 foi novamente atualizada, sendo que as principais alterações se prenderam com o fim da indicação para IP dos contactos de alto risco, a indicação de realização de testes para SARS-CoV-2 apenas para contactos de alto risco e a possibilidade de realização de autotestes em contactos de caso confirmado, com exceção para as instituições de apoio ou acolhimento a populações mais vulneráveis, sendo que em casos de autoteste positivo, o mesmo carecia de realização de um teste confirmatório por TAAN ou TRAg de uso profissional, preferencialmente, no prazo de 24 horas.

Posteriormente, e a 3 de março de 2022, a mesma norma sofreu alterações, não sendo, no entanto, significativas para o apoio da EASP.

4.1.3 Norma nº 19/2020 da DGS - Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2

A 26 de outubro de 2020, foi publicada a Norma nº 19/2020 da DGS relativa à Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, com produção de efeitos às 00:00 do dia 9 de novembro de 2020. No entanto, e a 6 de novembro de 2020, antes da sua entrada em vigor, sofreu alterações, tendo esta produção de efeitos também às 00:00 do dia 9 de novembro de 2020.

A norma supracitada, referia, no seu ponto 2, que “A Estratégia de Testes para SARS-CoV-2 tem como objetivos, através da utilização adequada de testes laboratoriais:

- a) Reduzir e controlar a transmissão da infeção por SARS-CoV-2;
- b) Prevenir e mitigar o impacto da infeção por SARS-CoV-2 nos serviços de saúde e nas populações vulneráveis;
- c) Monitorizar a evolução epidemiológica da COVID-19.”

Então, nos termos da Norma nº 19/2020 da DGS os testes eram “prescritos e interpretados de acordo com uma finalidade clínica e de saúde pública”, por um lado como diagnóstico, para identificação de infeção em pessoas sintomáticas, suspeitas de COVID-19, e em pessoas assintomáticas com contacto com caso confirmado de COVID-19, e por outro como rastreio, para

identificação da infeção em pessoas assintomáticas e sem contacto com caso confirmado de COVID-19.

Nos termos da Circular Informativa Conjunta DGS/INFARMED/INSA nº 003/CD/100.20.200 datada de 27/05/2020, existiam em Portugal os seguintes testes laboratoriais para SARS-CoV-2 disponíveis:

a) Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN)

- i. São o método de referência para o diagnóstico e rastreio da infeção por SARS-CoV-2;
- ii. Incluem testes RT-PCR convencional, em tempo real, e testes rápidos de amplificação de ácidos nucleicos;
- iii. Os resultados devem ser conhecidos no prazo de 24 horas após a sua requisição.

b) Testes Rápidos de Antígeno (TRAg)

- i. São testes de proximidade, com sensibilidade analítica igual ou superior a 90% e especificidade analítica igual ou superior a 97% (comparativamente com os TAAN), com resultados obtidos após 15-30 minutos da sua realização, nos termos da Circular Informativa Conjunta DGS/INFARMED/INSA n.º 004/CD/100.20.200;
- ii. Devem ser utilizados nos primeiros 5 dias (inclusive) de doença de modo a diminuir a probabilidade de obtenção de resultados falso negativos;
- iii. Devem ser utilizados quando os testes de TAAN não estão disponíveis para o diagnóstico ou rastreio em tempo útil, nos termos da presente Norma nº 019/2020 de 26/10/2020.

c) Testes serológicos

- i. São testes que avaliam a resposta imunológica à infeção por SARS-CoV-2;
- ii. Não estão recomendados para o diagnóstico de novos casos de COVID-19;
- iii. Apenas usados pós-infeção.

Assim, e como já referido, a metodologia de referência para o diagnóstico de novos casos era a RT-PCR, aplicando-se, preferencialmente, a amostras do trato respiratório. Na figura seguinte, podemos verificar a utilização clínica dos testes laboratoriais para SARS-CoV-2.

Aplicabilidade	Utilização Clínica	Testes SARS-CoV-2	Período Ideal de Colheita
Diagnóstico	Pessoa sintomática	RT-PCR convencional/tempo real Testes rápidos de Ag ^{a), b)} RT-PCR "rápido" (<1h) ^{b)}	Fase Aguda
	Deteção Precoce de Assintomáticos	RT-PCR convencional/tempo real RT-PCR rápido (<1h) ^{b)}	
Cura		RT-PCR convencional/tempo real	Norma 004/2020
Estudos de Investigação	Estudos de Seroprevalência	Deteção anticorpos anti-SARS-CoV-2 (testes automatizados)	Pós-infecção
	Outros Estudos de Investigação	RT-PCR convencional/tempo real Testes rápidos de Ag ^{a), b)} RT-PCR rápido" (<1h) ^{b)} Deteção anticorpos anti-SARS-CoV-2 (testes automatizados ou testes rápidos)	

a) Testes negativos necessitam de confirmação de infecção recente por RT-PCR.
b) Podem ser considerados em situações particulares, devidamente fundamentadas e tendo em conta que não constituem os testes de referência os resultados devem ser contextualizados e confirmados.

Figura 11 - Utilização dos testes laboratoriais para SARS-CoV-2 (Fonte: Circular Informativa Conjunta DGS/INFARMED/INSA nº 003/CD/100.20.200, de 27/05/2020)

No ANEXO VII podemos verificar o contexto e tipo de teste a aplicar em função da situação concreta, tendo em conta o objetivo da Estratégia bem como a finalidade do Teste.

Em fevereiro de 2021, e de acordo com a atualização da Norma nº 19/2020, foi alargada a testagem a contactos de baixo risco. Nesta fase, e com a quantidade de casos ativos no país, era necessário e urgente o aumento da testagem. Assim, e no seguimento do referido nesta atualização, “os resultados positivos nos TRAg realizados em contexto de rastreio (pessoas assintomáticas e sem exposição de risco a SARS-CoV-2) devem ser confirmados por TAAN, assumindo-se o resultado obtido no TAAN como válido.”

Veio esta norma definir os testes laboratoriais que deviam ser utilizados para o diagnóstico da COVID-19 em doentes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2, nos termos da Norma nº 04/2020 da DGS, e em contactos de alto e baixo risco com caso confirmado conforme figura que se segue.

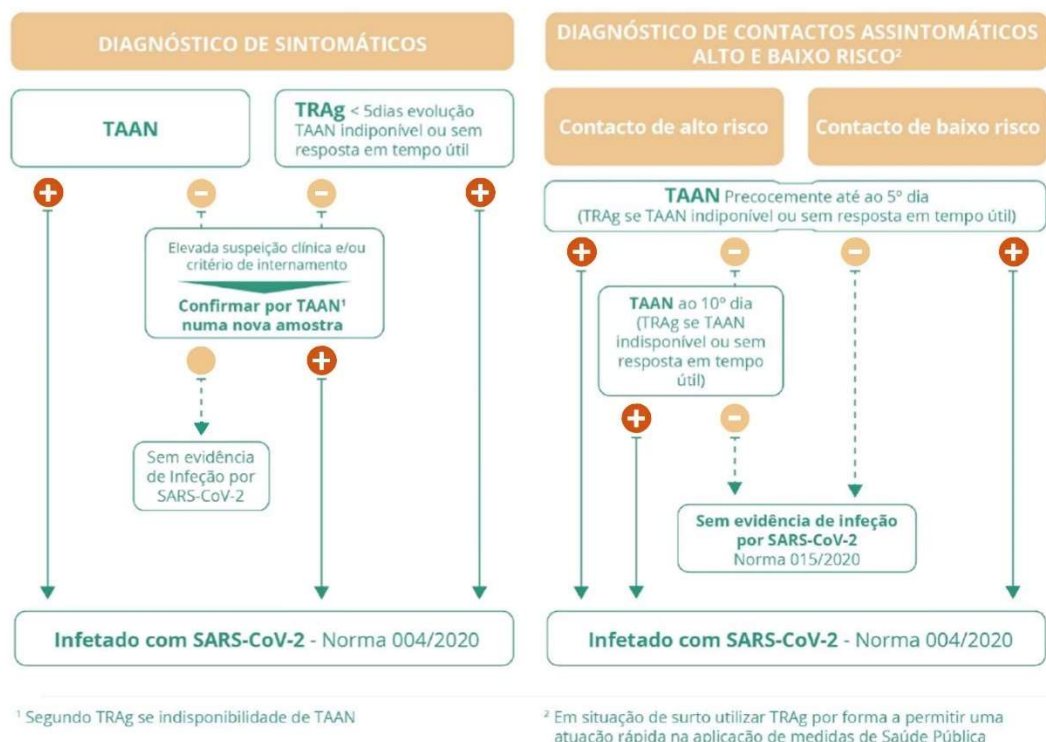


Figura 12 - Testes Laboratoriais em Contexto de Diagnóstico (Fonte: Norma nº 19/2020 atualizada a 26 de março de 2021)

Esta atualização veio ainda definir a realização de rastreios regulares em determinados contextos designadamente nos estabelecimentos de ensino ao pessoal docente e não docente, nos estabelecimentos de ensino do ensino secundário, aos alunos, pessoal docente e não docente e nos locais com maior risco de transmissão em meio laboral, bem como em ERPI's, Unidades da RNCCI, Instituições Sociais de Acolhimento e/ou Apoio Social e Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados e nos estabelecimentos prisionais.

Assim, e na figura seguinte, podemos visualizar os testes laboratoriais em contexto de rastreio.

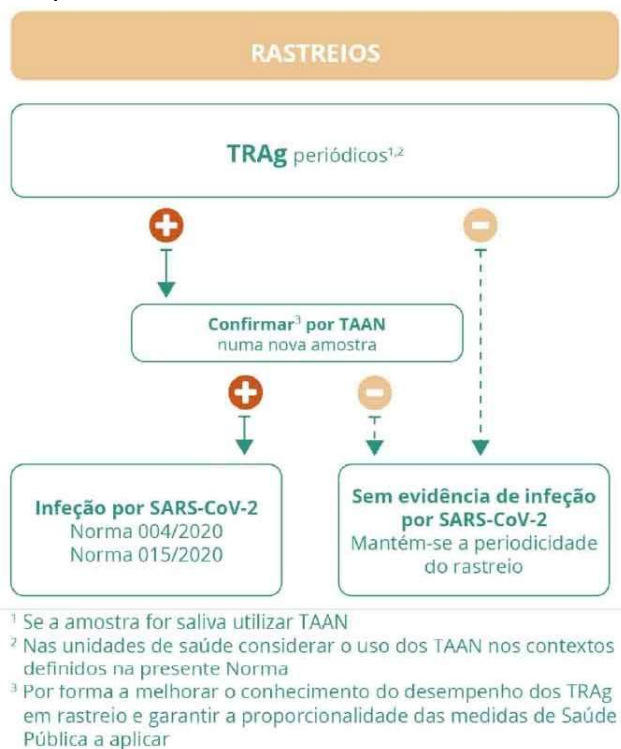


Figura 13 - Testes Laboratoriais em Contexto de Rastreio (Fonte: Norma nº 19/2020 atualizada a 26 de março de 2021)

Com a atualização desta norma a 07/06/2021, foram incorporados os testes rápidos de antígeno na modalidade de autotestes na Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, nos termos da Portaria n.º 56/2021, de 12 de março, foi efetuado o alinhamento dos rastreios laboratoriais em contexto comunitário ou ocupacional com o Plano de Promoção da Operacionalização da Testagem para SARS-CoV-2 e ainda inseridos rastreios laboratoriais, de acordo com a avaliação de risco epidemiológico realizado pela Autoridade de Saúde.

No que se refere aos Testes Laboratoriais em Contexto de Diagnóstico e em Contexto de Rastreio, mantiveram-se os apresentados nas figuras 12 e 13.

A 15 de junho de 2021, a Norma nº 19/2020 sofre, mais uma vez atualização, tendo sido definidos critérios para rastreios laboratoriais, designadamente, em contexto laboral e para eventos culturais, desportivos e de natureza familiar.

Por sua vez, e a 22 de junho de 2021, a norma foi novamente alterada, apenas para clarificar o tipo de testes a realizar no “controlo da transmissão comunitária através de rastreios laboratoriais regulares, cuja operacionalização é implementada pelo Plano de Promoção da Operacionalização da Testagem para SARS-CoV-2”. Assim, e para eventos de natureza familiar e eventos de natureza cultural, desportiva ou corporativa deveria ser realizado um dos seguintes testes:

- ✓ TRAg, nas 48h antes do início do evento;
- ✓ Teste rápido de antígeno na modalidade de autoteste (colheita nasal), no próprio dia e no local do evento e sob supervisão de um profissional da entidade ou estabelecimento;
- ✓ TAAN, tais como RT-PCR, RT-PCR em tempo real ou teste molecular rápido, até 72h antes do evento.

A Norma nº 19/2020 apenas voltou a ser atualizada em 23 de fevereiro de 2022, sendo as suas principais alterações:

- ✓ Em contactos com caso confirmado de COVID-19, os testes laboratoriais para SARS-CoV-2 são recomendados apenas para contactos de alto risco (ponto 12).
- ✓ Os autotestes passaram a poder ser realizados em contactos com caso confirmado, com exceção nas instituições de apoio ou acolhimento a populações mais vulneráveis;
- ✓ Alteração do intervalo de utilização dos TRAg para SARS-CoV-2 nas visitas a utentes internados em estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde e a residentes de instituições de acolhimento de populações vulneráveis que passaram a ser realizados 24h antes do início da visita.

Em 23 de junho de 2022, na sua nova atualização, a Norma nº 19/2020 veio estabelecer o fim da exigência de apresentação de comprovativo de resultado negativo em teste para SARS-CoV-2, pelos visitantes a instituições de prestação de cuidados de saúde e a instituições de apoio ou acolhimento a populações vulneráveis, designadamente as comunidades terapêuticas e comunidades de inserção social, bem como os centros de acolhimento temporário e centros de alojamento de emergência, de ERPI's, unidades de cuidados continuados integrados da RNCCI e de outras estruturas e respostas dedicadas a pessoas idosas, crianças, jovens e pessoas com deficiência, bem como centros de proteção internacional e de acolhimento e proteção de vítimas de violência doméstica e de tráfico de seres humanos e os estabelecimentos prisionais.

Veio ainda esta atualização alterar a periodicidade dos rastreios periódicos.

Por fim, importa referir que não se podia aplicar a nenhuma das normas isoladamente, assim, tornava-se impreterível cruzar a informação atualizada das diferentes normas e, no caso concreto da EASP, as fundamentais seriam a Norma nº 4/2020, a Norma nº 15/2020 e a Norma nº 19/2020.

Assim, e tendo em conta o exposto até esta fase, era imperioso que se fossem conciliando as várias alterações das várias normas para fossem dadas respostas cabais, e em tempo útil, sob pena de não se transmitirem as informações corretas e atualizadas.

No presente trabalho não se indicará o Município em questão, pelo que o iremos designar por Município X. Este Município, pertencente à Área Metropolitana do Porto tem uma área total de cerca de 329 km² e uma população residente composta por um total de 21.146 habitantes em 2021.

4.2 Constituição da Equipa de Apoio à Saúde Pública

Desde março de 2020 que o Município X se articulava diária e permanentemente com a Autoridade de Saúde Local (ASL) do respetivo ACES, tendo, para o efeito, designado uma técnica do Serviço Municipal de Proteção Civil para apoio permanente aos mesmos e à ASL, designadamente no atendimento de chamadas e levantamento de dados de suspeitos COVID-19 para envio à respetiva entidade de saúde.

Na verdade, e logo a 19 de março de 2020 pelas 00:00h, com a entrada em vigor do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, foi determinado que ficariam parcialmente suspensos o exercício de alguns direitos, sendo que no, caso concreto, destacamos o direito dos trabalhadores em que “pode ser determinado pelas autoridades públicas competentes que quaisquer colaboradores de entidades públicas ou privadas, independentemente do tipo de vínculo, se apresentem ao serviço e, se necessário, passem a desempenhar funções em local diverso, em entidade diversa e em condições e horários de trabalho diversos dos que correspondem ao vínculo existente, designadamente no caso de trabalhadores dos setores da saúde, proteção civil, segurança e defesa e ainda de outras atividades necessárias ao tratamento de doentes, à prevenção e combate à propagação da epidemia, à produção, distribuição e abastecimento de bens e serviços essenciais, ao funcionamento de setores vitais da economia, à operacionalidade de redes e infraestruturas críticas e à manutenção da ordem pública e do Estado de Direito democrático. Fica suspenso o exercício do direito à greve na medida em que possa comprometer o funcionamento de infraestruturas críticas ou de unidades de prestação de cuidados de saúde, bem como em setores económicos vitais para a produção, abastecimento e fornecimento de bens e serviços essenciais à população.”

Veio também o artigo 33º do Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março estabelecer o dever geral de colaboração, em concreto “Durante o período de vigência do estado de emergência os cidadãos e demais entidades têm o dever de colaboração, nomeadamente no cumprimento de ordens ou instruções dos órgãos e agentes responsáveis pela segurança, proteção civil e saúde pública na pronta

satisfação de solicitações, que justificadamente lhes sejam feitas pelas entidades competentes para a concretização das medidas do presente decreto.”

Em finais de agosto de 2020, e com o aumento do número de casos bem como um grande surto numa IPSS local, e quando o país entrava em estado de contingência, foi criada uma EASP, tendo essa equipa passada a ser coordenada pela técnica acima referida e que se articulava diariamente com a ASL, com o executivo municipal e transmitia todas as alterações pertinentes à equipa do Município, ministrando formação, sempre que necessário. Esta equipa contava, para além da Técnica do SMPC, com uma Psicóloga e uma Gerontóloga, totalizando, nesta fase, três elementos.

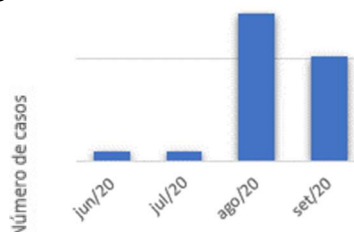


Figura 14 - Aumento de nº de casos verificados em agosto de 2020

Constituída por funcionários da autarquia, esta equipa multidisciplinar apoiou a ASL, contactando telefonicamente as pessoas sinalizadas como contactos no âmbito da COVID-19, para esclarecer como deveriam proceder as pessoas em isolamento, bem como assegurar o acompanhamento social e a interligação com as entidades de saúde e demais agentes de proteção civil.

Com este aumento de recursos humanos, foi melhorada a capacidade de resposta no âmbito dos contactos telefónicos, tornando-se mais rápida a instituição das medidas necessárias à prevenção do contágio por COVID-19.

No entanto, os casos aumentavam e era necessário uma maior apoio e contributo para fazer face ao número de infetados, e consequentemente, ao número de casos considerados de alto risco e em vigilância ativa.

Foi nessa altura publicado o Decreto n.º 8/2020, de 8 de novembro, que regulamentou a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República, que veio, de acordo com o seu preâmbulo, “prever mecanismos com vista ao reforço da capacidade de rastreio das autoridades de saúde pública, habilitando-se a mobilização de recursos humanos, que não têm de ser profissionais de saúde, para o apoio no controlo da pandemia, designadamente através da realização de inquéritos epidemiológicos, rastreio de contactos e seguimento de pessoas em vigilância ativa”.

De forma a concretizar a execução do anteriormente referido, e sendo que o supracitado Decreto n.º 8/2020, de 8 de novembro veio determinar que “a mobilização e coordenação dos trabalhos é operacionalizada mediante despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da administração pública, do trabalho, da solidariedade e da segurança social, da saúde e da área setorial a que o trabalhador se encontre afeto.”, foi publicado o Despacho n.º 11418-A/2020, de 18 de novembro, que veio, então, determinar a operacionalização do reforço da capacidade de rastreio das autoridades e serviços de saúde pública para realização de inquéritos epidemiológicos, para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e seguimento de pessoas em VA.

Neste sentido, e de acordo com o referido Despacho, as autoridades de saúde nacional e regional deviam fornecer “a cada trabalhador mobilizado a formação e os formulários, orientações e guias de inquéritos epidemiológicos, para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e seguimento de pessoas em vigilância ativa.”

Referia também o supracitado despacho que os trabalhadores mobilizados nos termos e ao abrigo quer do Decreto n.º 8/2020, de 8 de novembro, quer do Despacho n.º 11418-A/2020, de 18 de novembro, “ficam sujeitos, no âmbito dos inquéritos epidemiológicos para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e do seguimento de pessoas em vigilância ativa, ao dever de sigilo, garantindo a confidencialidade da informação a que, decorrente do exercício destas funções, tenham acesso.”

Esta operação era então considerada a melhor forma de quebrar cadeias de transmissão, essencial para a prevenção e controlo da transmissão da COVID-19, reduzir o número de casos positivos no Concelho e diminuir e melhorar o tempo de respostas aos utentes, permitindo uma gestão eficiente de casos e contactos de COVID-19 e a sua identificação e isolamento precoces bem como a realização e obtenção dos resultados do teste laboratorial para SARS-CoV-2 de forma rápida.

Desta forma, e após solicitação da ASL na reunião da Comissão Municipal de Proteção Civil (CMPC) realizada a 11 de novembro de 2020, tomou-se a decisão de reforçar a EASP, por verificação de aumento do nº de casos no Município, conforme se pode verificar na Figura 15.

Assim, passaram a constituir a equipa mais quatro elementos, a quem foi ministrada formação geral sobre procedimentos a adotar. Nesta fase, a EASP apenas efetuava vigilâncias, sendo que o reforço da capacidade de rastreio das autoridades e serviços de saúde pública passado a efetuar depois de legitimado pelo Despacho n.º 11418-A/2020, de 18 de novembro que referia que “a operacionalização do reforço da capacidade de rastreio das autoridades e serviços de saúde pública para realização de inquéritos epidemiológicos, para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e seguimento de pessoas em vigilância ativa”. Estes elementos tinham como formação o 12º ano, integrando a categoria de assistentes técnicos, mas com características que lhes permitissem desenvolver o trabalho proposto e uma e Técnica Superior da área da Animação Sociocultural. Nesta fase, a EASP contava já com oito elementos.

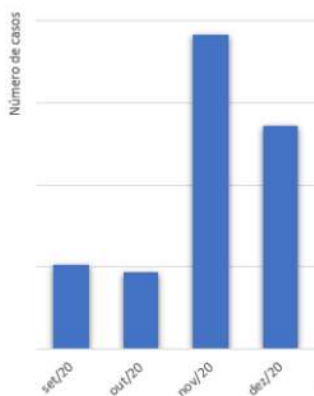


Figura 15 – Aumento de nº de casos verificados em novembro de 2020

A 20 de janeiro de 2021, foi publicada a Orientação nº 01/2021 da DGS, relativa à “COVID-19: Vigilância e investigação epidemiológica”. A orientação citada referia que “Os profissionais alocados

para fins de vigilância e investigação epidemiológica da COVID19 aos serviços de Saúde Pública sediados a nível local, regional e nacional organizam-se em Equipas, especializadas em tarefas específicas, a realizar de forma estruturada e sequencial”, definindo ainda que “As Autoridades de Saúde podem determinar a mobilização de recursos materiais e humanos para a realização de inquéritos epidemiológicos, com vista ao rastreio de contactos, cuja gestão é realizada em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde”, e ainda que “Os recursos humanos podem incluir profissionais externos à área da saúde, desde que garantida a sua formação prévia, e desempenho de atividades sob coordenação da Autoridade de Saúde territorialmente competente, com termo de confidencialidade da informação tratada (termo documentada num compromisso escrito).”

Foram, por essa altura, encerrados vários serviços municipais, sendo possível o reforço da equipa com mais três elementos. Assim, e no total, a EASP contava já com dez elementos. Estes elementos tinham formação na área das Ciências da Educação, do Serviço Social (dois elementos) e na área das Ciências do Desporto.

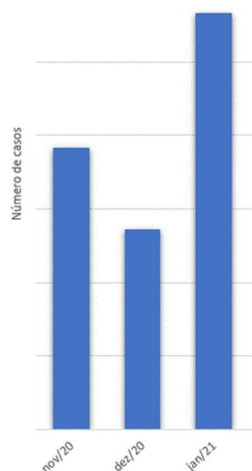


Figura 16 - Aumento de nº de casos verificados em janeiro de 2021

Assim, foi ministrada pela ASL formação a toda a equipa que constituía a EASP do Município.

Para melhor operacionalizar toda a dinâmica e procedimentos envolvidos, a EASP foi organizada, tendo-se criado “subequipas”, conforme se pode verificar na figura seguinte.



Figura 17 - Organização da EASP do Município X (Fonte: Elaboração própria)

A Coordenação da EASP articulava-se diretamente com a ASL, que coordenava toda a estrutura local, dando indicações dos procedimentos a adotar. Por sua vez, as indicações para as restantes Equipas eram transmitidas pela Coordenadora da EASP.

No que se refere à Equipa de Inquéritos Epidemiológicos esta estava responsável por realizar inquéritos epidemiológicos e rastreio de contactos que incluía identificação, avaliação e estratificação de risco e implementação das medidas de Saúde Pública, de acordo com as indicações da ASL, tendo em conta as normas em vigor.

Quanto à equipa das vigilâncias ativas, a mesma estava responsável por vigiar os contactos de casos confirmados identificados durante o IE, colocados em isolamento profilático e sob vigilância ativa ou passiva, explicando as medidas individuais e efetuando a monitorização de sintomas. A esta equipa estava também incumbida a tarefa de comunicar à equipa dos IE's dos contactos que desenvolvessem sintomas, de forma a que essa Equipa diligenciasse no sentido de alterar o tipo de seguimento.

Nesta fase, era ainda prestada outra informação pertinente e dadas instruções dos procedimentos a adotar no caso de se verificar desenvolvimento de sintomas compatíveis com infeção por SARS-CoV-2.

Em situações mais sugestivas e com apresentação de sintomas mais acentuados, era sugerido o contacto com o SNS24 ou 112, mediante a gravidade e, posteriormente, colocado em vigilância sobreativa (VSA) no Trace-COVID19, de forma a que passassem a ser acompanhados por Medicina Geral e Familiar (MGF).

ORIENTAÇÕES VA'S
Vigilâncias ativas

O contacto de alto risco deve ser informado das seguintes medidas a adotar durante o período de vigilância ativa:

- a. Automonitorizar diariamente** sintomas compatíveis com COVID-19
- b. Medir e registar a temperatura corporal**, duas vezes por dia;
- c. Estar contactável;**
- d. Implementar** rigorosamente as **medidas de higiene das mãos e etiqueta respiratória**;
- e. Estar em isolamento/confinamento obrigatório**, nos termos definidos na legislação em vigor, no domicílio ou outro local designado para o efeito, e em cumprimento das regras e medidas definidas na Orientação 010/2020 da DGS;
- f. Contactar**, preferencialmente, a **Autoridade de Saúde responsável pela vigilância ativa** ou o **SNS24 (808242424)**, se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.



Figura 18 – Informação passada pela Equipa das Vigilâncias ativas aos contactos identificados após IE (Fonte: Elaboração própria).

Por sua vez, a Equipa de Apoio Social acompanhava em VA situações mais sensíveis, designadamente aquelas que não dispunham de retaguarda familiar ou que, por algum motivo, necessitavam de apoio social.

Os elementos da equipa identificavam-se como membros da EASP do Município, transmitindo sempre que apenas estavam a acompanhar e orientar, seguindo indicações da ASL, não tendo qualquer interferência na tomada de decisão. O objetivo era criar proximidade, esclarecer as dúvidas, e agilizar com a ASL, permitindo que os Munícipes se sentissem acompanhados e orientados.

4.3 Funcionamento da Equipa de Apoio à Saúde Pública

Como já referido anteriormente, e não havendo no Município em causa nenhum laboratório acreditado para colheita e análise de testes para a SARS-CoV-2, o SMPC articulava com os Bombeiros Voluntários sempre que necessário fazer um transporte para realização de teste fora do Município.

Com a abertura do centro de testes, a 2 de setembro de 2020, mantiveram os Bombeiros Voluntários parceria com o SMPC e, sempre que necessário, era agilizado o transporte dos utentes ao referido Centro de testes para efetuar a colheita.

Aquando do início do apoio à Autoridade de Saúde – Unidade de Saúde Pública local, o Município disponibilizou, como já referido, uma técnica do SMPC para apoio permanente aos mesmos e à ASL, designadamente no atendimento de chamadas e levantamento de dados de suspeitos COVID-19 para envio à respetiva entidade de saúde e ainda articulação com os Bombeiros Voluntários para operacionalizar as testagens. Refira-se que se operacionalizava o transporte para testagens não só de casos suspeitos, mas também de casos positivos que tinham necessidade, designadamente, de manter hemodiálise. Nesta fase, foram também disponibilizados vários contactos aos munícipes, designadamente um contacto para esclarecimento de dúvidas relativas a procedimentos a adotar.

Esta situação manteve-se até final de agosto de 2020, altura em que, no Município em questão, os casos começavam a aumentar. Com o aumento do nº de casos no Município, e, consequentemente, no ACES respetivo, foi então criada a EASP.

Inicialmente, e quando se constituiu a referida Equipa, foi-lhes atribuída a tarefa de vigilância diária dos contactos, que estava prevista na Norma nº 15/2020 da DGS, em vigor naquela data, e que referia, no seu ponto 14, que “Para a efetiva implementação dos procedimentos da presente Norma, a Autoridade de Saúde pode solicitar o apoio de outros elementos da Unidade de Saúde Pública, ou outros profissionais de fora desta, que considere necessários, distribuindo-lhes algumas das tarefas, nomeadamente a vigilância diária dos contactos.”

Era então efetuada a VA dos contactos de alto risco identificados após exposição a um caso confirmado para a COVID-19. Para o efeito eram efetuadas chamadas telefónicas, de forma a aferir a existência de sintomatologia ou alteração do estado do utente. Saliente-se que, nesta fase, apenas eram seguidos por esta equipa os casos identificados na comunidade e não em contextos específicos.

Posteriormente, e com o volume de casos a aumentar, a Equipa supracitada, foi, como já referido, reforçada, passando a efetuar também Inquéritos Epidemiológicos após 18 de novembro de 2020.

Sempre que se verificavam alterações às normas, era também preparado pela Coordenadora da referida equipa um breve resumo das mesmas com os procedimentos a adotar que, após validação da ASL era apresentado nas formações constantes à EASP.

Nas figuras seguintes pode visualizar-se exemplos de diapositivos apresentados nas formações da EASP com as principais alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS que entraram em vigor a 15/02/2021.

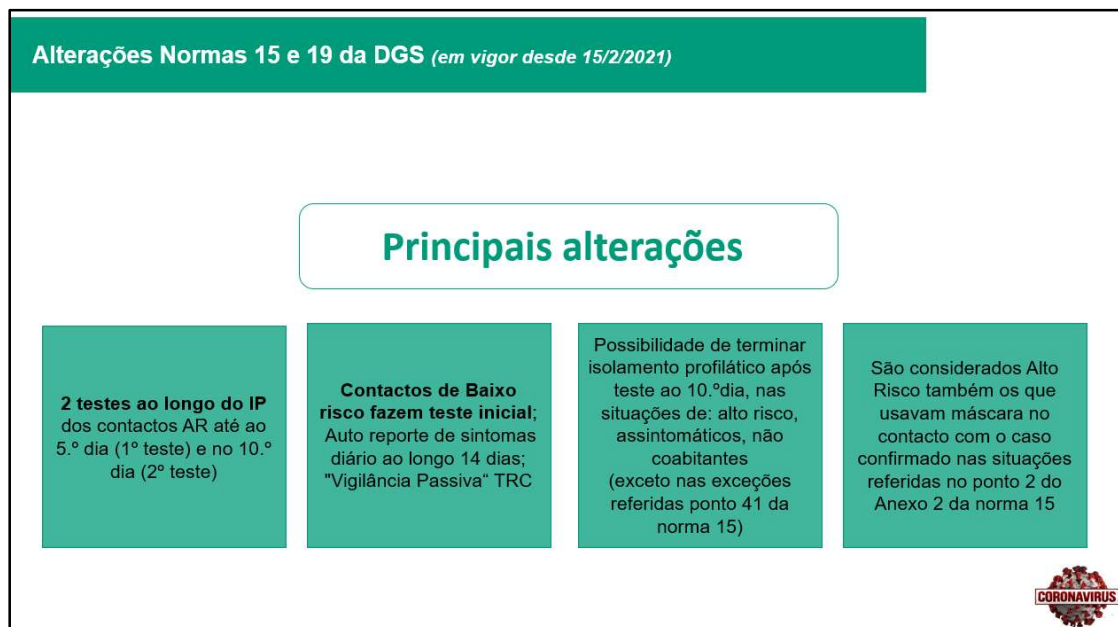


Figura 19 - Diapositivo apresentado nas formações da EASP com as principais alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS (Fonte: Elaboração própria)

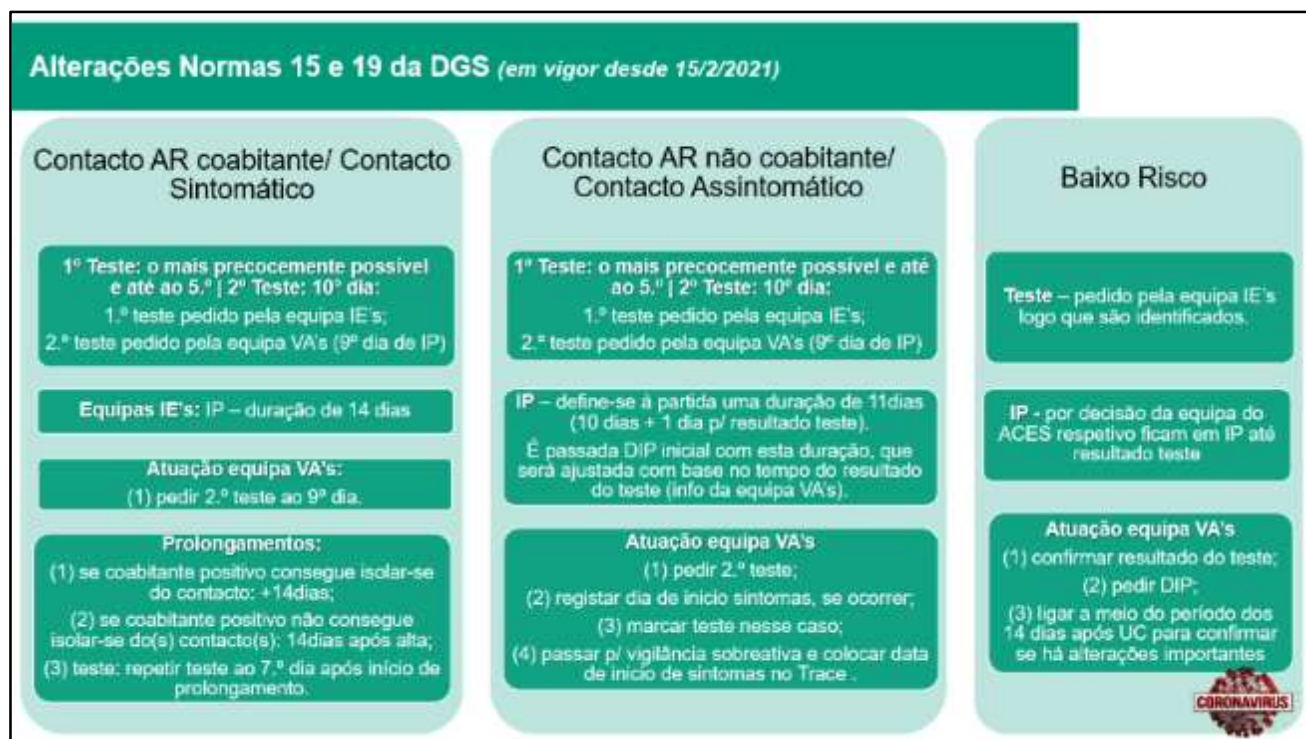


Figura 20 – Diapositivo apresentado nas formações da EASP com os procedimentos a seguir após alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS (Fonte: Elaboração própria)

Na figura seguinte pode visualizar-se um exemplo de um diapositivo apresentado nas formações da EASP com as principais alterações às Normas nº 15 e 19 da DGS, que entraram em vigor a 23 de fevereiro de 2021.

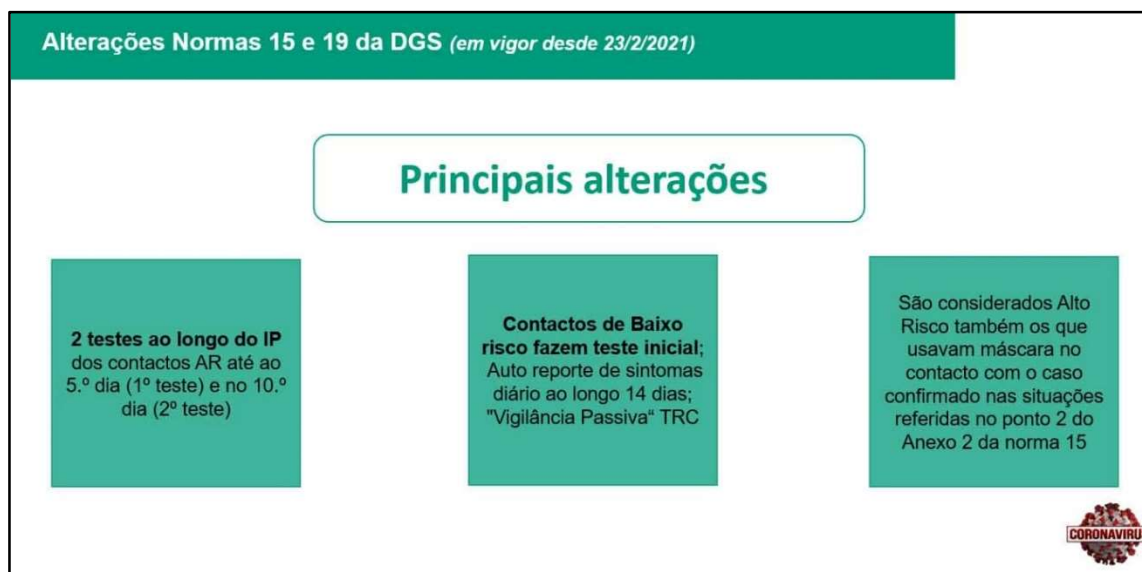


Figura 21 – Exemplo de diapositivo apresentado nas reuniões da EASP com as principais alterações às normas (Fonte: Elaboração própria)

Sempre que era efetuado um IE, era passada toda a informação pertinente aos utentes, designadamente a que se pode visualizar na figura seguinte:

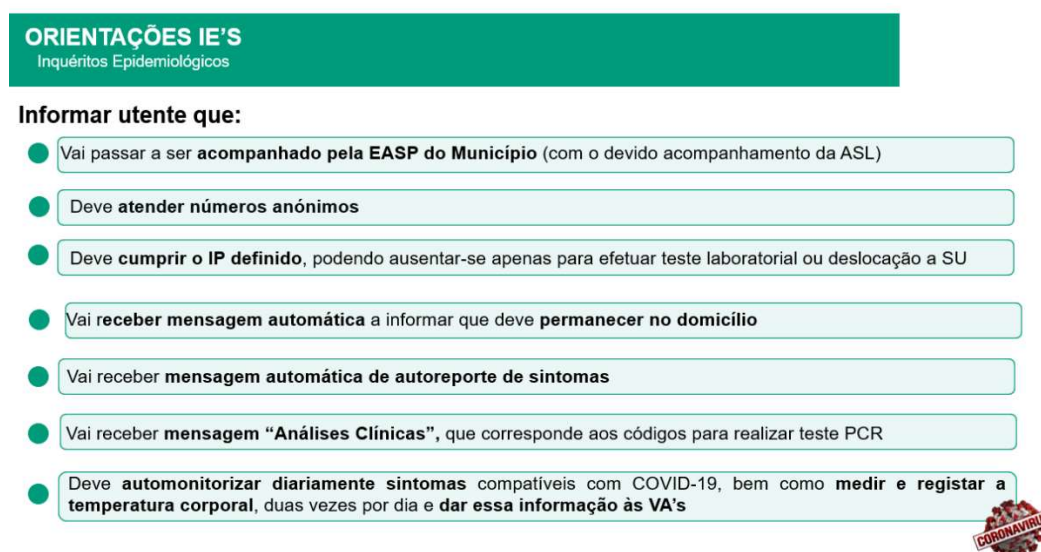


Figura 22 – Informação passada pela Equipa dos Inquéritos Epidemiológicos aos Contactos Identificados pela ASL (Fonte: Elaboração própria)

A EASP colaborava com a ASL também no que se refere à operacionalização do Referencial Escolas - Controlo da Transmissão de COVID-19 em Contexto Escolar da DGS, nas suas várias versões, e ainda nas várias normas referentes a IPSS's, instituições desportivas, Atividades de Tempos Livre (ATL's), Centros de Estudos, entre outros.

Assim, e no que às escolas diz respeito, era estabelecido contacto com os diretores dos diferentes Agrupamentos de Escolas, após uma primeira abordagem pela ASL, sendo nesse contacto solicitados dados de alunos/turmas a isolar, professores que tivessem dado aulas a um caso confirmado, entre outras pessoas que tivessem mantido contacto com o caso dentro do período de infecciosidade. Desta forma, a ASL ficava com mais tempo disponível para efetuar os rastreios necessários e avaliar a implementação de medidas preventivas.

De acordo com o referido referencial, o rastreio de contactos deveria ser iniciado prontamente após a confirmação de um caso de COVID-19, preferencialmente nas 12 horas seguintes à identificação do caso, incluindo os contactos na escola (alunos, pessoal docente, pessoal não docente), os coabitantes e contactos de outros contextos que fossem relevantes (Norma n.º 015/2020 da DGS). Obviamente que todo este procedimento era moroso e, de forma a interromper as cadeias de contágio, era imperioso isolar os contactos o mais precocemente possível. Neste ponto, importa salientar a prontidão e rápida resposta por parte quer de Agrupamentos quer de Instituições.

Assim, e nos termos do referencial supracitado, o primeiro contacto com o estabelecimento de educação ou ensino, procedia a uma rápida avaliação da situação/risco, para decidir a celeridade e amplitude das medidas a adotar. Caso se considerasse necessário, eram implementadas medidas de proteção, enquanto se aguarda confirmação laboratorial, nomeadamente as definidas na figura seguinte.



Figura 23 - Rastreio de contactos (Fonte: Referencial Escolas - Controlo da Transmissão de COVID-19 em Contexto Escolar, 2020, da DGS)

Em janeiro de 2021, já em pleno estado de emergência, foi o Município convidado a integrar o projeto “RASTREIO COLABORATIVO COVID-19”, da ARS correspondente, que tinha como finalidade “interromper de forma mais célere as cadeias de transmissão de COVID-19 na comunidade” e cujo principal objetivo era reduzir o número de inquéritos epidemiológicos em atraso.

O objetivo dos inquéritos epidemiológicos passava por rastrear as cadeias de transmissão do vírus, auxiliando nessa missão os técnicos da área da saúde pública e libertando-os para outras missões. Deste modo, procurava-se, como já referido, interromper mais rapidamente as cadeias de transmissão do vírus.

Assim, o Município integrou e apoiou este projeto, apoio esse que foi prestado sob a coordenação de profissionais de saúde da ARS respetiva, em colaboração com a Autoridade de Saúde

Pública Local e o SMPC e reforçado por militares. Para o efeito, técnicos da autarquia receberam 3 dias de intensa formação na ARS competente.

O Trace COVID19 dispunha de um separador “Tarefas” que permitia verificar as tarefas por iniciar ou pendentes. Importa ainda salientar que, de forma a evitar que fossem criadas essas “tarefas” no Trace COVID19 era importante, a determinada altura, que os utentes registassem os sintomas de dois em dois dias na plataforma “Reporte de Sintomas” criada para o efeito.

Assim, a Equipa das VA’s dava indicação aos utentes de como poderiam efetuar o respetivo reporte como se pode verificar na Figura 24, sendo que, na maioria das vezes, a própria equipa efetuava o reporte a pedido dos utentes.



Figura 24 – Reporte de sintomas (Fonte: Elaboração própria)

Por fim, ressaltar que muitas foram as tarefas desenvolvidas por esta equipa, não sendo de todo possível, descrever em profundidade todas elas, dada a complexidade de todo o sistema.

No entanto, este apoio não seria possível, sem o incansável empenho, dedicação, espírito de entrega e proatividade de todos os envolvidos quer da parte do Município, quer da parte da ASL.

4.4 Dificuldades sentidas

Em agosto de 2020 verificou-se o primeiro surto numa IPSS do Município X. Assim, foi nesta altura que se começaram a verificar as reais necessidades de criação de uma equipa capaz de fazer frente aos desafios que se avizinhavam.

Em abril de 2021, e numa fase de maior acalmia no que dizia respeito aos Inquéritos Epidemiológicos em atraso e ao número de Vigilâncias Ativas, tornava-se imperioso garantir que a

EASP estava organizada para o caso de surgirem vários casos no mesmo dia ou até ao fim de semana (como aconteceu com frequência).

Esta organização da EASP também importante pelo facto de, nessa fase, se terem verificado alterações significativas às normas da DGS no que se referia a Escolas, por exemplo. Assim, e em termos gerais, havendo um único caso numa escola, era necessário enviar para Isolamento todos os alunos dessa mesma escola, docentes, auxiliares e agregado familiar de todos os elementos referidos, sendo obrigatório que todos fossem contactados e fizessem teste no prazo máximo de 48h, independentemente de estarem ou não vacinados. Tudo isto gerou uma infinidade de contactos telefónicos, inserção de informação na plataforma, e outras diligências para as quais tínhamos que estar preparados e organizados.

A 30 de outubro de 2021, e numa altura de aumento de casos positivos, foi dada indicação à Coordenadora da referida equipa multidisciplinar, que a mesma iria ficar reduzida a 3 elementos, sendo um deles a coordenadora, e que o trabalho a desenvolver seria apenas durante a semana, em horário laboral. A referida equipa chegou a contar com 11 elementos, tendo os mesmos sido reduzidos a 10 por fim de contrato de um dos elementos.

De todos os trabalhadores referidos, apenas 2 ficaram afetos a tempo inteiro, tendo-se revelado manifestamente insuficiente, sendo que os restantes apenas colaboravam fora do horário normal de trabalho. Excetua-se o período em que vários serviços municipais se encontravam encerrados, por força das imposições legais. Neste período, todos os funcionários se encontravam a tempo inteiro neste árduo trabalho.

Quando os serviços encerrados retomaram a sua atividade, os trabalhadores afetos prestavam trabalho suplementar nos termos e condições seguintes, com a fundamentação da necessidade: Motivo de força maior / por se tornar indispensável para prevenir ou reparar prejuízos graves para os serviços e munícipes em geral (*cf.* art.º 120º e 123º da LTFP, na sua redação atual).

Até à data referida, a equipa dispunha de 10 funcionários, tendo sido reduzida a 3 funcionários.

O Município mantinha articulação diária e permanente com a ASL e os utentes sentiam proximidade, acompanhamento e, acima de tudo, segurança por saberem que seriam contactados sistematicamente e esclarecer todas as suas dúvidas, dúvidas essas que continuavam a ser muitas dado o número e a frequência de alteração das respetivas normas.

Ora, com um número crescente de casos no Município respetivo, e, consequentemente no ACES a que está afeto, os recursos humanos eram escassos, muito escassos. Ficavam durante vários dias rastreios de contactos, inquéritos epidemiológicos e vigilâncias ativas por realizar e utentes sem seguimento e completamente desamparados. Ressalve-se ainda o cansaço extremo dos vários profissionais de saúde pública, bem como da EASP. Verificou-se que a redução/não inserção de novos elementos da EASP veio em muito má hora.

O Município auxiliava nessas tarefas, mas, a realização das mesmas carecia de muita formação e conhecimento aprofundado das regras e normas da DGS. Assim, para qu constituíssem a EASP, os elementos que a integravam deveriam demonstrar, por um lado ter o perfil adequado, designadamente, perfil assertivo, autonomia na tomada de decisões, motivação, equilíbrio emocional, trabalho sob pressão e, principalmente, conhecimentos técnicos para realizar as respetivas tarefas.

Durante todo o processo a equipa foi sendo alterada, apesar de ter alguns elementos fixos, o que se mostrou uma grande mais valia. No entanto, e dadas as características necessárias para a realização das tarefas, nem sempre os elementos conseguiam adaptar-se às funções, não reunindo na totalidade o perfil adequado há realização das mesmas. Assim, e sempre que se verificavam trocas na equipa, havia necessidade de promover formação técnica aos novos elementos, garantindo que conheçam todos os procedimentos e normas, tornando o processo mais complexo.

Outra questão que dificultou todo o processo, foi o facto de, como já se referiu, as várias normas estarem constantemente a sofrer alterações. Este facto fazia com que, quer a ASL, quer a Coordenadora da EASP, atualizassem constantemente todos os documentos de trabalho, ministrando, posteriormente, formação sobre as referidas atualizações.

Aqui chegados, e tendo o país passado a estado de calamidade a 1 de dezembro de 2021, esperou-se que a CMPC reunisse, para que fossem tomadas decisões com base no princípio da prioridade, nos termos do qual deve ser dada prevalência à prossecução do interesse público relativo à proteção civil, sem prejuízo da defesa nacional, da segurança interna e da saúde pública, sempre que estejam em causa ponderações de interesses, entre si conflitantes; no princípio da cooperação, que assenta no reconhecimento de que a proteção civil constitui atribuição do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais e dever dos cidadãos e de todas as entidades públicas e privadas; no princípio da coordenação, que exprime a necessidade de assegurar, sob orientação do Governo, a articulação entre a definição e a execução das políticas nacionais, regionais, distritais e municipais de proteção civil; no princípio da informação, que traduz o dever de assegurar a divulgação das informações relevantes em matéria de proteção civil.

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO

A atual crise pandémica é uma responsabilidade de todos, de uma forma ou de outra, seja qual for o seu papel e nível de responsabilidade. Poder-se-ia dizer que “A proteção civil é uma atividade de todos nós, razão pela qual, *TODOS SOMOS PROTEÇÃO CIVIL!*”

Assim, e como já referenciado, a crise pandémica é um assunto que se inscreve na esfera material de intervenção de diferentes níveis da Administração Pública, que convoca uma ação de proximidade e capacitada das autarquias locais, mas igualmente articulada com entidades da Administração estadual e com outras autarquias locais.

Desta forma, importa ultrapassar barreiras e assumir responsabilidades.

O governo tem a responsabilidade de garantir a coesão económica, social e territorial, e o desenvolvimento sustentado. Contudo, pela sua proximidade às populações, é no poder local que recai a responsabilidade de garantir estes direitos em cada um dos seus territórios e consolidar as condições para garantir a qualidade de vida dos seus munícipes.

Perante a pandemia de Covid-19, e a crise de saúde pública, as autarquias foram obrigadas a dar respostas imediatas e diretas aos cidadãos (Almeida, 2021).

Como já referido, e de acordo com o artigo 1º da LBPC, a atividade de proteção civil tem carácter permanente, multidisciplinar e plurisectorial, cabendo a todos os órgãos e departamentos da Administração Pública promover as condições indispensáveis à sua execução, de forma descentralizada, sem prejuízo do apoio mútuo entre organismos e entidades do mesmo nível ou proveniente de níveis superiores.

Contudo, podem colaborar com as USP outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública e que detenham formação específica, devendo os serviços de saúde pública garantir a necessária cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde, com partilha e divulgação de informação e conhecimento, podendo ainda envolver outras instituições, públicas, privadas ou da área social, relevantes para a saúde da comunidade em geral.

Em situações de risco para a saúde pública, ou de necessidade de vigilância epidemiológica, podem os serviços operativos de saúde pública requerer a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, os dados e a informação em saúde que considerem essenciais para o controlo de tais riscos, ou para o exercício dessa vigilância (*cf.* artº 5º, nº 1), devendo as entidades referidas prestar toda a colaboração que lhes seja solicitada no sentido de serem atingidas as finalidades do processo de recolha de informação para o controlo dos riscos de saúde pública ou do exercício de vigilância (*cf.* artº 5º, nº 2).

Por outro, e de acordo com a Lei nº 81/2009, de 21 de agosto, a integração de informação entre unidades e níveis de administração diferentes é um instrumento fundamental de governo e está prevista, por exemplo, no âmbito do sistema de vigilância em saúde pública, mas deve constituir um instrumento ordinário de governo comum (Almeida, 2021b).

Contudo, em obediência ao princípio da legalidade, mesmo no âmbito da atividade que possa desenvolver no âmbito da pandemia CODIV-19, os órgãos da administração pública, incluindo as autarquias locais, devem atuar em “obediência à lei e ao direito, dentro dos limites dos poderes que lhes forem conferidos e em conformidade com os respetivos fins”, salvo os atos que seja, praticados em “estado de necessidade”, quando os seus resultados não possam ser alcançados de outro modo (*cfr.* artigo 3º CPA).

Como já referido, importa ter em consideração, para além dos princípios gerais consagrados na Constituição e na lei, os princípios especiais aplicáveis às atividades de proteção civil, entre outros, os seguintes:

- **O princípio da prioridade**, nos termos do qual deve ser dada prevalência à prossecução do interesse público relativo à proteção civil, sem prejuízo da defesa nacional, da segurança interna e da saúde pública, sempre que estejam em causa ponderações de interesses, entre si conflitantes;
- **O princípio da cooperação**, que assenta no reconhecimento de que a proteção civil constitui atribuição do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais e dever dos cidadãos e de todas as entidades públicas e privadas;
- **O princípio da coordenação**, que exprime a necessidade de assegurar, sob orientação do Governo, a articulação entre a definição e a execução das políticas nacionais, regionais, distritais e municipais de proteção civil.

As autarquias locais, configurando pessoas coletivas de Direito público que têm por finalidade essencial a prossecução de interesses específicos das populações que integram a respetiva circunscrição territorial, encontram-se revestidas de um conjunto de atribuições e competências que fazem delas uma importante estrutura de resposta à pandemia da Covid-19 (Silva, 2020).

No caso da pandemia, a lei parece conferir autonomia à AP na escolha dos meios mais adequados para atingir a prossecução do interesse público (“atos discricionários”). São, no entanto, sempre aspetos vinculados o “fim” (interesse público) e a competência (António, 2021).

Desta forma, e no que diz respeito à EASP, tendo em conta as competências dos municípios no âmbito da Proteção Civil e tendo sido por várias vezes solicitados reforços na equipa pela ASL, e tendo em conta que a própria ASL alegava “estado de necessidade”, não podendo os seus resultados ser alcançados de outro modo, parece-nos que devia o município envidar esforços no sentido de continuar a prestar a mesma colaboração à ASL, tendo em conta a situação excecional que vivíamos, o cansaço extremos dos profissionais de saúde e a prossecução do interesse público.

Assim, e no caso concreto do estado de calamidade, e relativamente às medidas excecionais no domínio da saúde pública, referidas na alínea c) do n.º 1 do art.º 6.º da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2021, de 27 de novembro, designadamente, “As medidas estritamente indispensáveis relativas ao tratamento de dados pessoais pelos serviços de saúde e pelos serviços municipais ou das freguesias, no âmbito das operações necessárias à execução de inquéritos epidemiológicos, operações

de rastreio e do plano de vacinação contra a COVID -19, designadamente para efeitos da concretização de contactos para inquérito epidemiológico, rastreio ou vacinação” e dada a situação em que vivíamos a essa data, somos da opinião que urgia, que o membro do Governo responsável pela área da saúde, com faculdade de delegação, determinasse, nessa fase, “a operacionalização do reforço da capacidade de rastreio das autoridades e serviços de saúde pública para realização de inquéritos epidemiológicos, para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e seguimento de pessoas em vigilância ativa” através de despacho análogo ao Despacho n.º 11418-A/2020, de 18 de novembro, o que não se verificou.

Na verdade, perante os efeitos pessoais da pandemia, desde cedo se percebeu que a proximidade dos entes autárquicos seria uma mais-valia na atuação imediata, próxima e eficiente que a situação de exceção reclamava, mais do que nunca (Almeida, 2021a).

Terminaríamos referindo que, “Do exposto até aqui retira-se, em síntese, que a crise pandémica é um assunto que se inscreve na esfera material de intervenção de diferentes níveis da Administração Pública; que convoca uma ação de proximidade e capacitada das autarquias locais, mas igualmente articulada com entidades da Administração estadual e com outras autarquias locais”¹³ (Almeida, 2021b).

Em boa verdade, verificou-se efetivamente, a importância do apoio do Município no combate à pandemia provocada pelo SARS-CoV-2.

Em termos gerais, verificou-se também que o país não estava preparado para um desafio desta dimensão, não tendo sido acauteladas legalmente, em determinados momentos, situações como a articulação entre as diversas entidades. De facto, esta situação trouxe-nos aprendizagens, podendo servir de melhoria para eventuais situações futuras.

Nas palavras de Albert Einstein: “A crise é a melhor bênção que pode ocorrer com as pessoas e países, porque a crise traz progressos (...) É na crise que nascem as invenções, os descobrimentos e as grandes estratégias”. No momento atual, a crise tem nome e chama-se pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2).

¹³ Entre outros, Vieira de Andrade, J. C., Lições de Direito Administrativo, op. Cit., p313. O autor destaca que o “entendimento constitucional da autonomia regional e local, em matérias de distribuição de atribuições comuns, determina-se em função dos princípios da subsidiariedade e da cooperação e coordenação de interesses, e não tanto em função de esferas reservadas de atribuições e competências.

“Se alguém, passado este momento mais grave da crise, a pretexto de uma visão estreita do direito e da justiça, questionar, um dia, decisões dramáticas de salvação pública, tomadas de boa fé e com isenção, serei o primeiro a testemunhar, como em tantas dessas circunstâncias, foi essencial o vosso papel de proximidade”. São palavras do Presidente da República para os Autarcas, no dia 16 de abril de 2020

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Almeida, L. F. M. S. L. de; R. M. F. (2021a). Poder local em tempos de Covid-19. Volume I: A qualidade da democracia local e governação em tempos de Covid-19 (E. Almedina (ed.); 1a).
- ✓ Almeida, L. F. M. S. L. de; R. M. F. (2021b). Poder local em tempos de COVID-19. Volume II: A cooperação territorial e institucional no combate à pandemia e os desafios da recuperação. (E. Almedina (ed.); 1o).
- ✓ Amaral, D. F. do. (2011). Curso de Direito Administrativo- Volume II (E. Almedina (ed.); 2a edição).
- ✓ António, I. F. (2021). Manual Teórico-Prático de Direito Administrativo (Edições Almedina (ed.); 3a edição). Grupo Almedina.
- ✓ Carreiras, H., Opitz, A. A., Rodrigues, C. C., Faleg, G., Costa, J. D. da, Eliasa, L., Lapão, L. V., Ribeiro, M. J., Serronha, M., Pirozzi, N., Elias, L., Lapão, L. V., Ribeiro, M. J., Serronha, M., & Pirozzi, N. (2020). Covid- 19 E Gestão De Crises: Um Novo Paradigma. Idn Brief, Especial P, 1–10.
- ✓ Decreto n.º 8/2020, de 8 de novembro, da Presidência do Conselho de Ministros, na sua redação atual. Diário da República: Série I, N.º 217-A (2020) - Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril, da Presidência da República, na sua redação atual. Diário da República: Série I, N.º 86 (1976) - Aprova a Constituição da República Portuguesa. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, da Presidência da República. Diário da República: Série I, N.º 55 (2020) - Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020, de 6 de novembro, da Presidência da República. Diário da República: Série I, N.º 217 (2020) - Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020, de 20 de novembro, da Presidência da República. Diário da República: Série I, N.º 227 (2020) - Renova a declaração do estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, da Presidência do Conselho de Ministros, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 52 (2020) - Estabelece medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus - COVID 19. Acedido a 3 de dezembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, N.º 57 (2020) - Procede à execução da declaração do estado de emergência efetuada pelo Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Acedido a 19 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.

- ✓ Decreto n.º 9/2020, de 21 de novembro, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, N.º 227-A (2020) - Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Acedido a 19 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I, n.º 38 (2008) - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 3 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, do Ministério da Justiça, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 4 (2015) - Aprova o novo Código do Procedimento Administrativo. Acedido a 8 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 81/2009, de 3 de abril, do Ministério da Saúde, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 65 (2009) - Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 57-A/2022, de 26 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, n.º 165 (2022) - Altera as medidas aplicáveis no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 26 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, n.º 190 (2022) - Determina a cessação de vigência de decretos-leis publicados, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 26 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ DGS (2020). Circular Informativa Conjunta DGS/INFARMED/INSA n.º 003/CD/100.20.200 de 27/05/2020 Testes Laboratoriais para SARS-CoV-2; Testes Rápidos
- ✓ DGS. (2020). Referencial Escolas - Controlo da Transmissão de COVID-19 em Contexto Escolar. Lisboa
- ✓ DGS. (2021). Norma n.º 01 de 20/01/2021 - COVID-19: Vigilância e investigação epidemiológica
- ✓ DGS. (2020). Norma n.º 04 de 23/03/2020 - Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19, nas suas várias atualizações
- ✓ DGS. (2020). Norma n.º 15 de 24/07/2020 - COVID-19: Rastreio de Contactos, nas suas várias atualizações
- ✓ DGS. (2020). Norma n.º 19 de 26/10/2020 - Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, nas suas várias atualizações
- ✓ DGS. (2020). Norma n.º 20 de 09/11/2020 - COVID-19: Definição de Caso de COVID-19
- ✓ DGS. (2020). Orientação n.º 10 de 16 de março de 2020 - Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Medidas de distanciamento individual; Isolamento; Quarentena
- ✓ DGS. (2020). Orientação n.º 15 de 23 de março de 2020 - COVID-19: Diagnóstico Laboratorial

- ✓ DGS. (2021). Orientação nº 01 de 20 de janeiro de 2021 - COVID-19: Vigilância e investigação epidemiológica
- ✓ Despacho nº 11418-A/2020, de 18 de novembro, dos Gabinetes do Ministro da Administração Interna e das Ministras da Modernização do Estado e da Administração Pública, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Diário da República: Série II, n.º 225 (2020). Determina a operacionalização do reforço da capacidade de rastreio das autoridades e serviços de saúde pública para realização de inquéritos epidemiológicos, para rastreio de contactos de doentes com COVID-19 e seguimento de pessoas em vigilância ativa. Acedido a 1 de dezembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Despacho n.º 7577-A/2021, de 30 de julho, dos Gabinete Ministra da Saúde. Diário da República: Série II, n.º 147 (2021). Define os indicadores relativos à avaliação de risco e monitorização da pandemia de COVID-19 em função dos quais podem ser aplicáveis as medidas previstas nos artigos 35.º e 36.º da Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho. Acedido a 1 de dezembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ ECDC (2020). Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm
- ✓ Elias, L. (2020). *Gestão de Crises e a Pandemia de COVID-19*. 156, 9–45. <https://doi.org/10.47906/ND2020.156.01>
- ✓ Gil, A. (1989). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- ✓ <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=fim-do-estado-de-alerta>. Acedido em 8 de dezembro de 2022
- ✓ <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>. Acedido em 10 de dezembro de 2022
- ✓ Kislaya, I., Casaca, P., Borges, V., Sousa, C., Ferreira, B. I., Fonte, A., Fernandes, E., Dias, C. M., Duarte, S., Almeida, J. P., Grenho, I., Coelho, L., Ferreira, R., Ferreira, P. P., Borges, C. M., Isidro, J., Pinto, M., Menezes, L., Sobral, D., ... Peralta-Santos, A. (2022). Inquérito Serológico Nacional COVID-19 (4.a fase) (Vol. 19).
- ✓ Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, da Assembleia da República, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 126 (2006) - Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Acedido a 6 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, da Assembleia da República, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 225 (1986) - Estabelece o Regime do estado de sítio e do estado de emergência. Acedido a 8 de outubro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Lei n.º 65/2007, de 12 de novembro, da Assembleia da República, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 217 (2007) - Define o enquadramento institucional e operacional da protecção civil no âmbito municipal, estabelece a organização dos serviços municipais de protecção civil e determina as competências do comandante operacional municipal. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, da Assembleia da República. Diário da República: Série I, n.º 162 (2009) - Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de

emergência ou tão graves como de calamidade pública. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.

- ✓ Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, da Assembleia da República, na sua redação atual. Diário da República: Série I, n.º 176 (2013) - Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico. Acedido a 6 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, da Assembleia da República. Diário da República: Série I, n.º 169 (2019) - Aprova a Lei de Bases da Saúde. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Novais, J. R. (2020). Direitos Fundamentais e inconstitucionalidade em situação de crise: a propósito da epidemia COVID-19. E-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público, 7(1), 78–117.
- ✓ OMS. (2020). Origem do SARS-CoV-2, 26 de março de 2020. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>.
- ✓ OMS. (2021a). Classificação de Ómicron (B.1.1.529): Variante de preocupação SARS-CoV-2. [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)
- ✓ OMS. (2021b). Enhancing Readiness for Omicron (B.1.1.529): Technical Brief and Priority Actions for Member States. In World Health Organization HQ (Issue November). [https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states)
- ✓ Resolução da Assembleia da República n.º 15-A/2020, de 18 de março, da Assembleia da República - Diário da República: I série, Nº 55 (2020) - Autorização da declaração do estado de emergência. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução da Assembleia da República n.º 83-A/2020, de 6 de novembro, da Assembleia da República - Diário da República: I série, Nº 217 (2020) - Autorização da declaração do estado de emergência. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução da Assembleia da República n.º 87-A/2020, de 20 de novembro, da Assembleia da República - Diário da República: I série, Nº 227 (2020) - Autorização da declaração do estado de emergência. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020, de 30 de abril, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 85 (2020) - Declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 38/2020, de 17 de maio, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 95-B (2020) - Prorroga a declaração da situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 40-A/2020, de 29 de maio, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 105 (2020) - Prorroga a declaração da

situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.

- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 43-B/2020, de 12 de junho, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 113 (2020) - Prorroga a declaração da situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 51-A/2020, de 26 de junho, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 123 (2020) - Declara a situação de calamidade, contingência e alerta, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-A/2020, de 14 de julho, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 135 (2020) - Declara a situação de calamidade, contingência e alerta, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 10 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 55-A/2020, de 30 de julho, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 148 (2020) – Declara a situação de contingência e alerta, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2020, de 13 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 158 (2020) – Prorroga a declaração da situação de contingência e alerta, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020, de 11 de setembro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 178 (2020) – Declara a situação de contingência, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2020, de 29 de setembro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 190 (2020) – Prorroga a declaração da situação de contingência, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 11 de agosto de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020, de 14 de outubro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 200 (2020) - Declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 17 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020, de 2 de novembro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 213 (2020) - Declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 17 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 45-C/2021, de 30 de abril, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 84 (2021) - Declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 17 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, N.º 147 (2021) - Altera as medidas

aplicáveis em situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 19 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.

- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2021, de 20 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 162 (2021) - Declara a situação de contingência no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 17 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 135-A/2021, de 29 de setembro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 190 (2021) - Altera as medidas no âmbito da situação de alerta. Acedido a 5 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 142-A/2021, de 29 de outubro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 211 (2021) - Altera as medidas no âmbito da situação de alerta. Acedido a 5 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2021, de 27 de novembro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 230-A (2021) - Declara a situação de calamidade no âmbito da pandemia da doença COVID -19. Acedido a 17 de setembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 25-A/2022, de 18 de fevereiro, da Presidência do Conselho de Ministros - Diário da República: I série, Nº 35 (2022) - Declara a situação de alerta no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Acedido a 5 de novembro de 2022. Disponível em www.dre.pt.
- ✓ Silva, H. F. (2020). A resposta à pandemia da Covid-19 no âmbito financeiro local. In Questões Atuais de Direito Local • (Vol. 2, Issue 1). AEDREL. <https://www.aedrel.org/wp-content/uploads/Capa-QADL-27.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - Protocolo para a Avaliação Telefónica de Seguimento Clínico a Doentes com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2 em Isolamento, no Domicílio de acordo com a Norma nº 4/2020 da DGS, publicada a 23/03/2020

1. A avaliação médica, pela equipa de saúde da USF / UCSP, por via telefónica, deve ser realizada nas primeiras 24 horas após o contacto com a Linha SNS24;
2. Esta avaliação deverá ser registada como “Consulta Indireta”, no sistema clínico em vigor na unidade de cuidados de saúde primários, mantendo-se, para o efeito, um registo clínico adequado no Trace-COVID;
3. A avaliação médica por via telefónica deve incluir a:
 - a) Confirmação da existência de condições de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio, nos termos do Anexo 3;
 - b) Verificação da realização do teste laboratorial para SARS-CoV-2;
 - c) Verificação do contacto pela Autoridade de Saúde, nos casos confirmados;
 - d) A exclusão de critérios para avaliação em ADC-SU, nomeadamente:
 - i. Febre alta ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48-72h ou reaparecimento após apirexia;
 - ii. Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - iii. Alteração do estado de consciência;
 - iv. Hemoptises;
 - v. Vómitos persistentes ou diarreia grave.
 - e) Sempre que for considerado clinicamente adequado pode ser agendada uma teleconsulta, uma consulta no domicílio ou uma consulta na ADC-COMUNIDADE.
 - f) A prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
 - g) A informação que, em caso de agravamento, deve ser contactada a equipa de saúde da USF / UCSP, que o acompanha, a Linha SNS24 ou o 112.
 - h) O esclarecimento de dúvidas colocadas pelos doentes.
4. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada em domicílio, pelas Farmácias Comunitárias.
5. A avaliação médica, pela equipa de saúde da USF / UCSP, por via telefónica, deverá ser realizada diariamente, até à cura.

ANEXO II - Protocolo para a Avaliação Telefónica a Doentes com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2 em Isolamento, no Domicílio, de acordo com a Norma nº 4/2020 da DGS, atualizada a 31/08/2020

A avaliação clínica dos doentes com indicação para autocuidados, em isolamento no domicílio, sob vigilância, é assegurada pela equipa de saúde da USF / UCSP, de acordo com o presente protocolo.

1. A primeira avaliação telefónica ocorre nas primeiras 24 horas após o contacto com a Linha SNS24 ou a introdução do doente no “Trace COVID-19”, e é realizada pelo médico da equipa de saúde, preferencialmente o médico de família do doente.
2. Esta avaliação inclui a:
 - a) Avaliação clínica e validação da suspeita de COVID-19;
 - b) Prescrição do teste laboratorial para SARS-CoV-2, para todos os casos suspeitos, na plataforma *Exames Sem Papel*;
 - c) Notificação do caso suspeito na plataforma SINAVE (área médicos);
 - d) A exclusão de critérios para avaliação em ADC-SU, nomeadamente:
 - i. Febre alta ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) mantida por mais de 48h ou reaparecimento após apirexia;
 - ii. Dificuldade respiratória ou dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - iii. Cianose;
 - iv. Toracalgia;
 - v. Alteração do estado de consciência;
 - vi. Hemoptises;
 - vii. Vómitos persistentes ou diarreia grave;
 - viii. Comorbilidades indicadas no Anexo 7.
 - e) Confirmação da existência de critérios de habitabilidade e exequibilidade de isolamento, no domicílio, nos termos do Anexo 4;
 - f) A prescrição de terapêutica sintomática e de suporte, por via eletrónica;
 - g) A informação que, em caso de agravamento, deve ser contactada a equipa de saúde da USF / UCSP, que o acompanha, a Linha SNS24 ou o 112;
 - h) O esclarecimento de dúvidas colocadas pelos doentes, incluindo sobre CIT;
Articulação com as Autoridade de Saúde. Caso o doente não esteja a cumprir o isolamento no domicílio deve ser contactada a Autoridade de Saúde.
3. Sempre que for considerado clinicamente adequado pode ser agendada uma teleconsulta, uma consulta no domicílio ou uma consulta na ADC-Comunidade.
4. A terapêutica prescrita por via eletrónica deverá ser preferencialmente dispensada em domicílio, pelas Farmácias Comunitárias, ou através das respostas organizadas a nível local.
5. Durante o seguimento até à cura, a avaliação clínica é assegurada, diariamente, por enfermeiro ou médico, preferencialmente enfermeiro ou médico de família, da equipa de saúde da USF / UCSP, cumprindo as alíneas do ponto 2 do presente Anexo, consideradas clinicamente adequadas.

6. O seguimento clínico, através da plataforma *Trace COVID-19*, pode ser realizado através de autoreporte quando na primeira avaliação telefónica, o médico considerar que estão reunidas as condições de qualidade e segurança desta modalidade de seguimento, nomeadamente:
- a) Idade inferior a 60 anos;
 - b) Estabilidade clínica definida pela presença exclusiva de sintomas ligeiros e ausência de sintomas sugestivos de agravamento clínico, ou qualquer critério de referenciação à ADC-SU, nos termos da alínea d do ponto 2 do presente Anexo;
 - c) Capacidade para a utilização das ferramentas tecnológicas para autoreporte de sintomas;
 - d) Consentimento para esta modalidade de seguimento clínico.
7. No caso de ser adotada a modalidade de seguimento através da autoreporte de sintomas, nos termos do número anterior:
- a) O registo de sintomas é realizado diariamente pelo doente, através da funcionalidade disponível para o efeito no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) ou portal COVID-19 da DGS (<https://covid19.min-saude.pt>);
 - b) A equipa de saúde da USF / UCSP avalia o autoreporte diariamente, através da plataforma *Trace COVID-19*;
 - c) O seguimento clínico através de autoreporte de sintomas deve ser interrompido sempre que se verificar um agravamento clínico ou qualquer outra situação que o justifique.
 - d) A equipa de saúde da USF / UCSP garante, por via telefónica, a realização de um contacto para a comunicação do resultado do teste laboratorial e da alta, e sempre que não forem registados sintomas pelo doente durante mais de 24 horas.
8. As avaliações clínicas resultantes da aplicação deste Anexo são registadas na plataforma *Trace-COVID-19* e, sempre que necessário, como “Consultas Indiretas”.

ANEXO III - Classificação de contactos de COVID-19¹⁴ de acordo com a Norma nº 15/2020 da DGS de 24/07/2020

A classificação do risco de exposição dos contactos é da responsabilidade da Autoridade de Saúde, de acordo com os critérios definidos neste anexo.

A Autoridade de Saúde, na avaliação individual de risco (caso a caso), pode considerar como contacto outras situações, assim como alterar a classificação do risco de exposição do contacto, nomeadamente quando exista utilização de equipamentos de proteção individual ou máscara.

Exposição de Alto Risco

Pessoa com:

- Contacto frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante 15 minutos ou mais;
- Contacto físico direto com um caso de COVID-19;
- Contacto direto desprotegido com secreções contaminadas de um caso de COVID-19;
- Contacto em ambiente fechado com um caso de COVID-19 (ex. coabitação, sala de aula, sala de reuniões, sala de espera) durante 15 minutos ou mais;
- Viagem com caso de COVID-19:
 - *Numa aeronave em que:*
 - ✓ Esteja sentada até 2 lugares para qualquer direção em relação ao caso (2 lugares a toda a volta do caso);
 - ✓ Seja companheira de viagem;
 - ✓ Efetue prestação direta de cuidados ao caso;
 - ✓ Seja tripulante de bordo e sirva a secção do caso;
 - ✓ Se caso com sintomatologia grave ou com grande movimentação dentro da aeronave, todas as pessoas podem ser consideradas como contacto;
 - *Num navio em que:*
 - ✓ Seja companheira de viagem;
 - ✓ Partilhe a mesma cabine;
 - ✓ Efetue prestação direta de cuidados;
 - ✓ Seja tripulante de bordo e sirva a cabine do caso;
 - ✓ Aplicam-se também as condições descritas nos pontos acima não referentes às viagens;
 - *Em qualquer outro meio de transporte que:*
 - ✓ Não tenha boa ventilação;
 - ✓ Não efetue paragens frequentes com abertura de portas;
 - ✓ Não tenha redução da lotação máxima;
- Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, desprotegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, sem uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Norma 007/2020 ou a Orientação 019/2020, ou quando houver indícios de utilização/remoção incorreta);

¹⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

- Contacto desprotegido, em ambiente laboratorial ou locais de colheita, com produtos biológicos infetados com SARS-CoV-2.

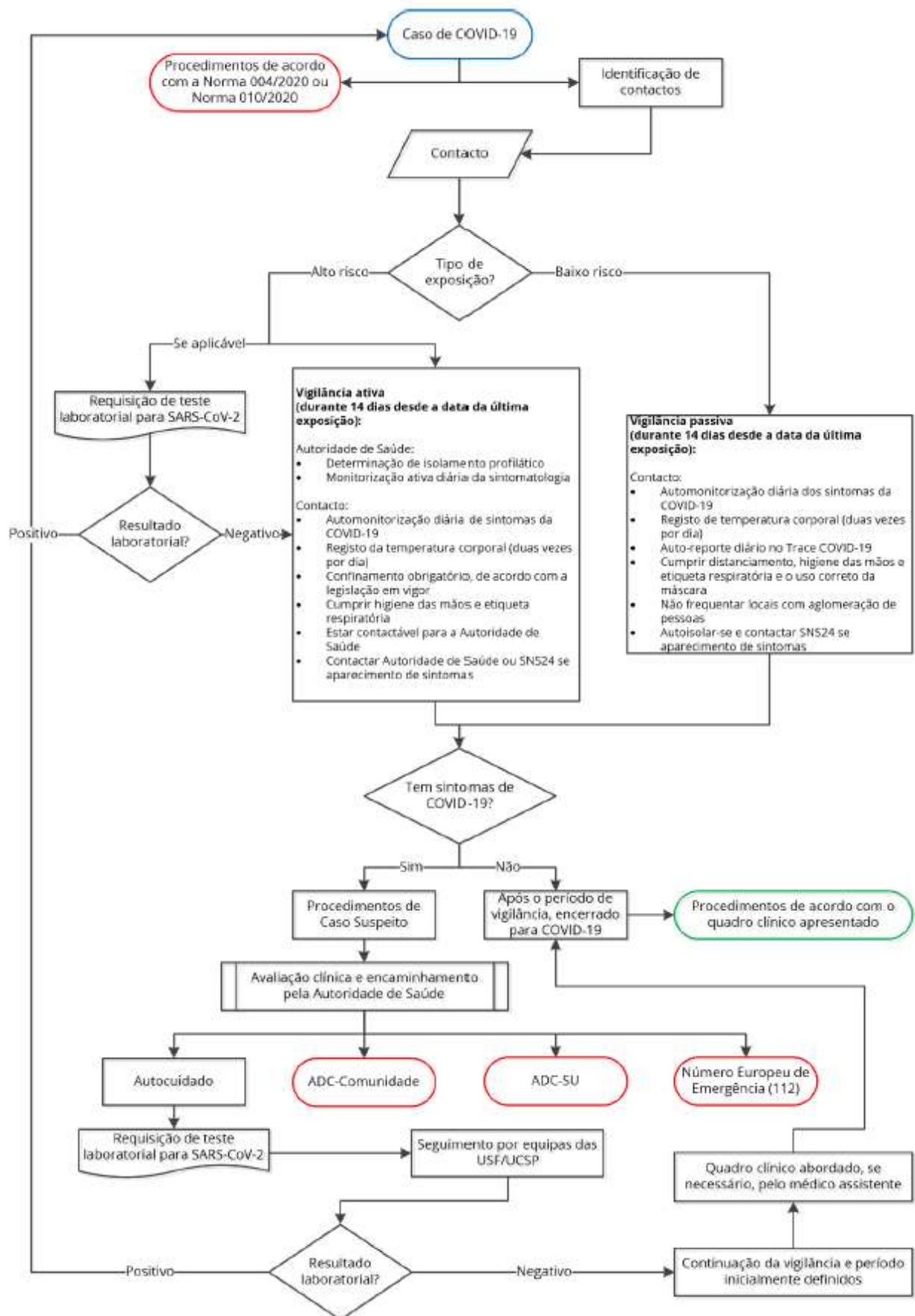
Exposição de Baixo Risco

Pessoa com:

- Contato frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante menos de 15 minutos;
- Contacto em ambiente fechado com caso de COVID-19 durante menos de 15 minutos ou contacto protegido durante 15 minutos ou mais;
- Viagem com caso de COVID-19 em qualquer meio de transporte, com exceção dos referidos na exposição de alto risco;
- Contacto esporádico (em movimento/circulação) com caso de COVID-19;
- Exposição associada a cuidados de saúde, sem prestação direta de cuidados a casos de COVID-19 sem utilização de EPI;
- Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, protegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, com uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Norma 007/2020 ou a Orientação 019/2020).

A duração do contacto com um caso de COVID-19 aumenta o risco de transmissão, pelo que é definido um limite de 15 minutos, de acordo com as recomendações internacionais, por questões de organização e exequibilidade.

ANEXO IV - Fluxo de abordagem de acordo com a classificação do contacto de acordo com a Norma nº 15/2020 da DGS de 24/07/2020



COVID-19



CONTACTOS DE ALTO RISCO DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19



CONTACTO DE ALTO RISCO

- Coabitante de caso confirmado
- Pessoa que reside ou trabalhe em Estruturas Residenciais para Idosos e/ou instituições similares e que contactou com um caso confirmado
- Profissional de saúde que preste cuidados de saúde diretos e de maior risco de contágio e que contactou com um caso confirmado

Excecutam-se dos pontos anteriores as pessoas que tiveram COVID-19 há menos de 6 meses ou que já receberam a dose de reforço de vacina há pelo menos 14 dias

ISOLAMENTO PROFILÁTICO

- ➔ No domicílio ou noutro local definido pela Autoridade de Saúde
- ➔ Fim do isolamento - após resultado negativo no teste realizado ao 7.º dia ou até 14 dias, se determinado pela Autoridade de Saúde

DURANTE ISOLAMENTO PROFILÁTICO

- ➔ Ficar em isolamento em casa por um período mínimo de 7 dias
- ➔ Aceder à declaração de isolamento (DPI) que lhe será enviada após o preenchimento do formulário eletrónico pela pessoa positiva com quem contactou, ou após contacto com o SNS 24 (808 24 24 24)
- ➔ Esta declaração é válida por 7 dias e serve como justificação da ausência ao trabalho ou à escola
- ➔ Fazer dois testes: ao 3.º e ao 7.º dia. Se o último teste for negativo retoma a atividade
- ➔ Evitar contactos com os coabitantes que tenham COVID-19
- ➔ Evitar tomar refeições com os outros coabitantes
- ➔ Vigiar sintomas, medir e registar a temperatura uma vez por dia
- ➔ Utilizar máscara e cumprir a etiqueta respiratória quando circular em espaços comuns da casa
- ➔ Higienizar frequentemente as mãos
- ➔ Manter os espaços ventilados
- ➔ Higienizar frequentemente as superfícies que utilizou, nomeadamente as instalações sanitárias
- ➔ Evitar partilhar loiça, utensílios, lençóis e outros objetos pessoais

SINTOMAS

- ➔ Vigiar sinais e sintomas como a febre, tosse, dificuldade respiratória, dor no peito, prostração (sonolência), vômitos, diarreia, entre outros
- ➔ Se tiver sintomas deve ligar para o SNS24 (808 24 24 24), para o médico assistente ou, em situações graves, para o 112

DEPOIS DO ISOLAMENTO

- ➔ Terminado o isolamento, deve seguir as seguintes orientações até ao 14.º dia:
 - Vigiar sintomas, medir e registar a temperatura uma vez por dia
 - Reduzir as deslocações e contactos ao mínimo indispensável (trabalho, escola, casa, outros)
 - Manter o distanciamento físico de outras pessoas
 - Utilizar máscara e cumprir a etiqueta respiratória em todas as ocasiões
 - Higienizar frequentemente as mãos
 - Evitar partilhar loiça, utensílios, lençóis e outros objetos pessoais
 - Manter os espaços ventilados
- ➔ A partir do 14.º dia deve continuar a adotar as recomendações de saúde em vigor

De acordo com a Norma 015/2020 na sua atual versão.

COVID-19



CONTACTOS DE BAIXO RISCO

DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19



CONTACTO DE BAIXO RISCO

- Pessoa que contactou com um caso confirmado e não se enquadra na classificação de alto risco

SEM ISOLAMENTO

- Reduzir as suas deslocações ao indispensável (trabalho, escola, casa) e adotar as medidas preventivas em permanência
- Evitar o contacto com pessoas com condições associadas a maior risco de desenvolvimento de COVID-19 grave

SE É CONTACTO DE BAIXO RISCO

- Não necessita de ficar isolado
- Fazer um teste idealmente até ao 3.º dia após a data da última exposição
- Evitar contactos com coabitantes que tenham COVID-19
- Evitar tomar refeições com coabitantes que tenham COVID-19
- Vigiar sintomas, medir e registar a temperatura uma vez por dia
- Diminuir as deslocações e contactos ao mínimo indispensável (trabalho, escola, casa, outros)
- Manter o distanciamento físico de outras pessoas
- Utilizar máscara e cumprir a etiqueta respiratória quando circular em espaços comuns da casa, se tiver um coabitante com COVID-19
- Higienizar frequentemente as mãos
- Manter os espaços ventilados
- Evitar partilhar loiça, utensílios, lençóis e outros objetos pessoais
- Higienizar frequentemente as superfícies que utilizou, nomeadamente as instalações sanitárias

ANEXO VII – Estratégia Nacional de testes para a SARS-CoV-2 de acordo com a Norma nº 19/2020 da DGS, atualizada em 06/11/2020

ESTRATÉGIA NACIONAL DE TESTES PARA SARS-CoV-2				
Objetivo da Estratégia	Finalidade do Teste	Contexto	Teste	Observações
Reduzir e controlar a transmissão de SARS-CoV-2	Diagnóstico	SINTOMÁTICOS sem critérios de internamento	Teste molecular SARS-CoV-2 ou TRAg (se nos primeiros 5 dias de sintomas, inclusive).	Se TRAg com resultado negativo e elevada suspeição clínica, confirmar com Teste molecular SARS-CoV-2.
		SINTOMÁTICOS com critérios de internamento	1. Teste molecular SARS-CoV-2 + Influenza (+VSR em crianças com menos de 2 anos); 2. TRAg se indisponibilidade de teste molecular e/ou sem resposta em tempo útil.	Se TRAg com resultado negativo e elevada suspeição clínica, confirmar com Teste molecular SARS-CoV-2.
		ASSINTOMÁTICOS com contactos de alto risco (próximo)	1. Teste molecular SARS-CoV-2 2. TRAg se indisponibilidade de teste molecular e/ou sem resposta em tempo útil.	Em situações de surto devem ser, preferencialmente, realizados TRAg para reduzir o tempo de obtenção de resultados, de forma a garantir a implementação adequada e atempada de medidas de saúde pública.
Prevenir e mitigar o impacto da COVID-19 nos Serviços de Saúde e nas populações vulneráveis	Rastreio a pessoas sem sintomas e sem contacto de alto risco com caso confirmado	Antes da realização de PGA	Teste molecular SARS-CoV-2.	
		Aos doentes oncológicos, nos termos da Norma 009/2020 da DGS	Teste molecular SARS-CoV-2.	
		Antes do internamento em cuidados intermédios, UCI/Bloco de partos	Teste molecular SARS-CoV-2.	
		Antes da admissão hospitalar, para todos os utentes	1. Teste molecular SARS-CoV-2 2. TRAg se indisponibilidade de teste molecular e/ou sem resposta em tempo útil.	Em situações de urgência social os TRAg são considerados como primeira linha.
		Antes da admissão em ERPI, RNCCI, instituições de acolhimento social, entre outras	1. Teste molecular SARS-CoV-2 2. TRAg se indisponibilidade de teste molecular e/ou sem resposta em tempo útil.	
		Profissionais de saúde em instituições de cuidados de saúde ou social	Teste molecular SARS-CoV-2 ou TRAg seriado, com periodicidade recomendada entre 7 e 14 dias, em cada unidade hospitalar, de acordo o SST/SO e GCL-PPCIRA, após avaliação de risco a grupos de profissionais que prestam cuidados de saúde.	

(Fonte: Elaboração própria – Adaptado da Estratégia Nacional de testes para a SARS-CoV-2 de acordo com a Norma nº 19/2020 da DGS, atualizada em 06/11/2020)