



# NEWSLETTER

8 Maio 2020 - nº 20

INSTITUTO DE SAÚDE BASEADA NA EVIDÊNCIA

Presidente: Ana Paula Martins

Presidente do Conselho Científico: António Vaz Carneiro



*O objectivo da Newsletter do Instituto de Saúde Baseada na Evidência (ISBE) é a disponibilização de informação sobre áreas relevantes para a prática clínica, baseada na melhor evidência científica. São localizados estudos relevantes e de alta qualidade, criticamente avaliados pela sua validade, importância dos resultados e aplicabilidade prática e resumidos numa óptica de suporte à decisão clínica. É dada prioridade aos estudos de causalidade – revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos de coorte prospectivos/retrospectivos, estudos seccionais cruzados e caso-controlo – incluindo-se ainda, quando justificado, estudos qualitativos e metodológicos considerados de elevada qualidade e importância clínica.*

*Autores: Juan Rachadell, Raquel Vareda, Fausto S.A. Pinto, Rodrigo Duarte, Susana Neto, Susana Oliveira Henriques e António Vaz Carneiro*

## Para além do isolamento dos casos de Covid-19, parece ser necessário também implementar medidas de distanciamento social

**Referência:** Hao-Yuan Cheng et al. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *JAMA Intern Med.* doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020 May 1, 2020.

**Análise do estudo:** com o objectivo de estudar em Taiwan a dinâmica da transmissão do SARS-CoV-2, durante o período compreendido entre 15 de Janeiro e 18 de Março, e avaliar o risco de transmissão durante períodos de exposição antes e depois do início de sintomas, foram analisados uma centena de doentes com Covid-19, confirmada por RT-PCR, e 2.761 contactos documentados. Estes foram confinados no domicílio durante os 14 dias habituais, sendo testados para a infecção caso apresentassem sinais e sintomas da Covid-19 (febre, tosse ou sintomas respiratórios). A data final do seguimento foi 2 de Abril de 2020.

Os 100 doentes incluídos apresentaram uma média de idade de 44 anos (limites entre 11 e 80 anos), sendo 56 homens e 44 mulheres. Dos 2.761 contactos próximos, 5,5% foram domiciliários, 2,8% foram não-domiciliários e 25,3% foram contactos com o sistema de saúde. Foram identificados 22 casos secundários através de análise das cadeias de transmissão, sendo que nenhum dos 9 casos assintomáticos transmitiu a doença.

A taxa global de ataque clínico secundário foi de 0,7% (IC 95% = 0,4-1,0%), sendo mais elevada nos 1.818 contactos com os casos índice nos primeiros 5 dias após início dos sintomas (1,0%, IC 95% = 0,6%-1,6%). Dos 852 expostos após este período, nenhum foi infectado. A taxa de ataque dos 299 casos com exposição pré-sintomática exclusiva foi de 0,7%. Globalmente, as taxas de infecção foram mais altas nas idades superiores a 40 anos.

**Aplicação prática:** a significativa contagiosidade do SARS-CoV-2 antes e depois do período sintomático levantam a necessidade de, para além de isolamento dos infectados, ser também necessário implementar distanciamento social.

## A Covid-19 em Nova Iorque

**Referência:** Rishi K. Wadhera et al. Variation in COVID-19 hospitalizations and deaths across New York City boroughs. *JAMA April 29, 2020.* doi:10.1001/jama.2020.7197

**Análise do estudo:** nos EUA, um dos epicentros da pandemia tem sido a cidade de Nova Iorque, que tem 5 bairros: Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, and Staten Island. Porque se sabe que existem diferenças marcadas na demografia, condições de vida, nível económico e índices de saúde pública entre estes bairros, os autores deste estudo analisaram as características populacionais, a oferta de camas hospitalares, assim como a existência de complicações da Covid-19 nestas populações.

Verificou-se uma densidade populacional muito variável (9 vezes superior em Manhattan do que em Staten Island), uma taxa de pessoas com mais de 65 anos variando entre 12,8% no Bronx e 16,5% em Manhattan, uma proporção de residentes de raça negra variando entre 11,5% em Staten Island e 38,3% no Bronx e um rendimento anual variando 2,2 vezes entre o Bronx e Manhattan (com taxas de pobreza mais altas no Bronx do que em qualquer outro bairro). O número de camas hospitalares por 100.000 habitantes era 336 no Bronx e 534 em Manhattan e o número de testes realizados foi muito díspar entre os 5 bairros. A taxa de hospitalização por 100.000 habitantes foi mais elevada no Bronx (634) e menor em Manhattan (331) e a taxa de mortalidade foi de 224 no Bronx e de 122 em Manhattan.

**Aplicação prática:** como já tem sido documentado noutros estudos, as condições de vida e as características demográficas e financeiras são factores determinantes nas taxas de morbidade e mortalidade da Covid-19 em Nova Iorque.