

Introdução: O emprego de Testes Rápidos (TR) para Hepatites Virais (HV) é uma estratégia oportuna para iniciar a cascata da linha de cuidados, especialmente em populações-chave, como as Pessoas em Situação de Rua (PSR). Porto Alegre-RS está no topo do ranking nacional da morbimortalidade das HV, entretanto a vigilância epidemiológica pode ser um desafio nas PSR, pois não há um campo específico para essa vulnerabilidade na notificação compulsória. O referido trabalho objetiva avaliar fatores associados à adesão na cascata da linha de cuidados da PSR com TR reagentes para HV tipo C na vigência das medidas de isolamento pelo SARS-CoV-2.

Métodos: Estudo transversal, com dados do monitoramento clínico da equipe do Consultório na Rua de Porto Alegre, RS durante a pandemia pelo COVID-19. A equipe possui 5332 PSR cadastradas e realiza os TR na unidade base, e de modo “extra-muros”, como em abordagens de rua e locais de oferta de serviços sociais.

Resultados: Foram analisados 498 TR para HV tipo C, ao longo do monitoramento, 39(7,8%) apresentaram TR reagente, sendo que 15(41,6%) realizaram carga viral e 11(30,5%) tiveram detecção quantitativa, com valores entre 15.451 e 7.851.465 UI/ml. Seguindo o protocolo, destas esperava-se que 11(30,5%) fossem encaminhadas, entretanto apenas 8(22,2%) o aceitaram. Entre estes, 4(11,1%) compareceram a consulta e 2(5,5%) tiveram tratamento indicado. Sobre o perfil epidemiológico observa-se que: 33(91,6%) homens cis, 3 mulheres cis (8,3%), 17(47,2%) idade igual ou maior que 50 anos, 3(8,3%) apresentam co-infecção com HIV, 7(19,4%) com tuberculose e 8(22,2%) apresentaram TR reagente para sífilis. Entre os TR reagentes, 11(30,5%) já tinham o diagnóstico prévio de HV tipo C. A replicação do TR está relacionada as abordagens “extra-muros” que dificulta a checagem dos prontuários. Ainda, 11(30,5%) perderam o vínculo no início do cuidado, ao não coletar o exame de quantificação de carga viral e 3(8,3%) por não comparecer ao especialista. Infere-se, em parte, o absenteísmo às dificuldades pela falta de documentos de identificação, a localização descentralizada dos 2 laboratórios municipais e fatores comportamentais, como 12(33,3%) uso de álcool e outras drogas.

Conclusões: O monitoramento clínico, por meio da tabela Excel, permite à equipe de assistência multiprofissional a organização da gestão dos cuidados, através de buscas ativas e continuidade do seguimento do ponto em que a PSR parou, não necessitando reiniciar a cascata.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102107>

PI 112

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE D NO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2020

Ana Flávia de Mesquita Matos,
Maria Stella Amorim da Costa Zöllner

Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, SP,
Brasil

A Hepatite D é causada pelo Vírus da Hepatite D (HDV), o qual necessita do antígeno de superfície HBsAg para sua

replicação, ou seja, para que consiga provocar infecção e inflamação dos hepatócitos, necessita estar associado ao Vírus da Hepatite B (HBV). Assim, quando cronicada, essa infecção constitui-se como a forma mais grave de hepatite viral crônica, com potencial de evolução para cirrose, carcinoma hepatocelular e morte. Desta forma, propõe-se analisar o perfil epidemiológico e clínico dos casos notificados de Hepatite D no Brasil entre 2010 a 2020. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo observacional, baseado em dados provenientes dos Boletins Epidemiológicos de Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde. As variáveis coletadas foram o número de casos de infecção pelo Vírus da Hepatite D, bem como a razão dessa infecção por sexo, faixa etária, raça/cor, além dos dados a respeito da forma clínica da doença, nas 5 regiões do Brasil e no período de 2010 a 2020. No período averiguado, constatarem-se 2.350 casos de Hepatite D, sendo que o ano de 2013 configurou-se como o ano com a maior porcentagem (15,45%) de casos notificados, e a partir desse ano observou-se uma queda abrupta da incidência, passando de 0,18 em 2013 para 0,03 casos por 100.000 habitantes em 2020. Ademais, a região Norte deteve a maior porcentagem de casos (72,51%). Quando analisada a incidência nos sexos, obteve-se o maior número de casos no sexo masculino em todos os anos analisados. Dentre as faixas etárias estudadas, obteve-se maior número de casos em idades entre 25 e 44 anos. Ademais, além do aumento de incidência nessa faixa etária, também foi notado um aumento de incidência nas idades entre 45 a 49 anos e acima de 60 anos. Com relação a raça/cor, observou-se uma maior porcentagem de casos na população parda (57,03%). E quando analisadas as formas clínicas, averiguou-se que a forma crônica foi responsável pela maior porcentagem dos casos de Hepatite D (76,65%). Portanto, por meio do levantamento desses dados conclui-se que apesar da queda de incidência dos casos, a região Norte ainda representa o epicentro do número de casos de Hepatite D no Brasil, ressaltando a importância do monitoramento dessa doença e dos fatores que a influenciam, visando estabelecer estratégias eficazes para o controle e combate da infecção.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102108>

PI 113

VALIDAÇÃO DA ACURÁCIA DA ELASTOGRAFIA HEPÁTICA POR 2D-SHEAR WAVE EM PACIENTES COM HEPATITES VIRAIS E/OU INFECÇÃO PELO HIV

Mariana Coelho^a, Flávia Ferreira Fernandes^b,
Juliana Piedade^b, Estevão Nunes^a,
Beatriz Grinsztejn^a, Valdileia G. Veloso^a,
Gustavo Henrique Pereira^b, Hugo Perazzo^a

^a Instituto Nacional de Infectologia – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A elastografia hepática transitória (EHT) é o método não-invasivo mais validado como alternativa à biópsia hepática. O valor diagnóstico da elastografia hepática por 2D-SWE (EH-2D-SWE) para estadiamento da fibrose hepática ainda necessita de validação. Objetivo: Avaliar acurácia da EH-2D-SWE para estadiamento da fibrose hepática e correlacionar resultados de EHT e EH-2D-SWE em pacientes com hepatites virais e/ou infecção pelo HIV.

Método: Estudo retrospectivo transversal de indivíduos com hepatites virais e/ou infecção pelo HIV que realizaram diferentes métodos de elastografia [EHT (Fibroscan) pelas sondas M e XL e EH-2D-SWE (LOGIQ-S8)] no mesmo dia. Indivíduos com outras doenças hepáticas e aqueles com pelo menos um método de elastografia não-interpretável foram excluídos. EHT foi considerada como padrão-ouro e o estadiamento da fibrose hepática foi definido pela “regra dos 5” [$\geq 5,0$ KPa, $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa]. Resultados de exames laboratoriais realizados até 6 meses da data da EHT foram coletados. A correlação entre métodos de elastografia e acurácia da EH-2D-SWE foram avaliadas pelo índice de Spearman (ρ) e área sob a curva ROC, respectivamente. Os melhores pontos de corte da EH-2D-SWE foram identificados pelo ponto mais à esquerda e alto da curva ROC; sensibilidade (Se), especificidade (Sp) destes pontos foram calculadas.

Resultados: 305 pacientes [61,3% do sexo masculino, mediana de idade de 51 anos; 40% com hepatites virais (VHC ou VHB) \pm HIV, 28% com resposta virológica sustentada (RVS) do VHC \pm HIV e 32% com mono-infecção pelo HIV] foram incluídos. Os valores de EH-2D-SWE [5,29 kPa (IQR, 4,56-6,39)] foram significativamente inferiores aos da EHT pela sonda M [EHT-M = 6,2 kPa (4,9-8,6); $p < 0,001$] e sonda XL [EHT-XL = 6,1 kPa (4,9-8,0); $p < 0,001$]. Os índices de correlação (ρ) entre EHT-M e EH-2D-SWE foram satisfatórios de forma global ($\rho = 0,65$) e estratificados por etiologia: HCV \pm HIV = 0,75; HCV \pm HIV pós-RVS = 0,77; HBV \pm HIV = 0,52 e HIV monoinfectados = 0,33. AUROCs da EH-2D-SWE para EHT $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa foram 0,94 e 0,95, respectivamente. Os melhores ponto de corte da EH-2D-SWE para EHT $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa foram 6,6 kPa [Se = 89,3% (95%IC 71,8-97,7) e Sp = 91,6% (84,1%-96,3%)] e 8,0 kPa [Se = 82,4% (56,6-96,2) e Sp = 95,3% (89,3-98,5)].

Conclusão: Apesar de valores de EH-2D-SWE significativamente inferiores à EHT, os dois métodos apresentam boa correlação. EH-2D-SWE tem boa acurácia para detecção de estágios avançados de fibrose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102109>

ÁREA: HIV/AIDS

PI 114

ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA APRESENTAÇÃO TARDIA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV-1 EM UMA COORTE NORTE BRASILEIRA

Leonn Mendes Soares Pereira ^a,
Eliane dos Santos França ^b, Iran Barros Costa ^b,

Igor Tenório Lima ^b, Felipe Teixeira Lopes ^a,
Talita Antonia Furtado Monteiro ^c,
Olinda Macedo ^d,
Rita Catarina Medeiros Sousa ^b,
Felipe Bonfim Freitas ^d, Igor Brasil Costa ^b,
Antonio Carlos Rosário Vallinoto ^a

^a Programa de Pós-Graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

^b Programa de Pós-Graduação em Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

^c Laboratório do Vírus Epstein-Barr da Seção de Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

^d Laboratório de Retrovírus da Seção de Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

Introdução/objetivo: O início tardio do monitoramento específico após a aquisição do HIV-1 é multifatorial e está relacionado ao perfil social dos pacientes. Objetivamos identificar os fatores sócio-demográficos associados à apresentação tardia e as consequências clínicas resultantes em uma coorte de pacientes do Pará/Brasil.

Métodos: O total de 402 pacientes HIV-1 + foram monitorados por 24 meses, estando todos livres de terapia na coleta inicial. Aspectos sócio-demográficos foram obtidos de prontuários clínicos e questionários epidemiológicos. A carga viral foi quantificada por PCR em tempo real. A concentração de linfócitos e de citocinas foi quantificada por citometria de fluxo. Os dados longitudinais do monitoramento foram obtidos do banco SISCEL. As mutações de resistência foram sequenciadas por Sanger e plataforma 3130I x1 e analisadas em Standford HIV Drug Resistance Database. Os esquemas terapêuticos foram obtidos do banco SICLOM.

Resultados: Cerca de 4% da coorte teve apresentação tardia entre 7 a mais de 12 meses do diagnóstico primário; a procura ocorreu por orientação de terceiros ou início dos sintomas. Renda familiar abaixo de 1 salário e relações com profissionais do sexo foram fatores associados. O atraso resultou em: Três ou mais coinfeções, a maioria viral e bacteriana; Polissintomatologia, com combinação específica de mialgia e febre; Carga viral elevada e CD4 + baixo nos 6 primeiros meses; Manutenção da terapia sem trocas ao longo dos 24 meses, porém, com maior representação de esquemas de 2ª escolha. Na pré-terapia, pacientes tardios tinham altas dosagens de citocinas TH1 e baixa dosagem de citocinas TH2 e TH17; mutações de resistência não foram frequentes.

Conclusões: Poucos fatores sócio-demográficos e comportamentais foram associados à apresentação tardia, porém, as consequências deste atraso se mostraram adversas à progressão esperada com o início imediato da terapia, principalmente nos primeiros 6 meses de monitoramento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102110>