

momento do diagnóstico, o maior tempo de sobrevivência (138,6 meses; IC95% 137,6-139,6).

Conclusão: A taxa de sobrevivência foi expressamente maior que os óbitos, mesmo em intervalos de tempo distintos, e no modelo nas quais as características como a idade avançada, ter baixa escolaridade, Infecção Oportunista e menor contagem de Linfócitos TCD4+ impactaram na sobrevivência de pessoas vivendo com HIV, especialmente os homens que apresentou menor sobrevivência em todas as categorias analisadas. Diante das características demográficas, comportamentais e clínicas dos casos de HIV e AIDS reconhece-se disparidades na sobrevivência entre homens e mulheres vivendo com HIV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102464>

EP-025

INTERAÇÃO COM A EQUIPE ASSISTENTE PARA MELHORIA DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Adrielle Gislaine S. Nhoncanse,
Joana Rodrigues Luckmann,
Rafael de Melo Gomes, Thais Amaro,
Givaneide Enedina Belo, Aline Galdino,
Walter Schilis, Renato de Lima Vieira,
Maria Cláudia Stockler Almeida

AME - Dr. Geraldo Paulo Bourroul, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: Sífilis adquirida (SA) é um grave problema de saúde pública, cuja prevalência vem aumentando em todo o mundo (1). O ambulatório médico de especialidades (AME) ao fazer o diagnóstico de SA realiza a notificação no SINAN. Dentro da hierarquização do SUS, o AME não está acordado para realizar tratamento de SA. O paciente deve ser referenciado, havendo risco de não realizar tratamento adequado devido a perda de seguimento.

Objetivo: Descrever estratégia para melhoria de coleta das informações solicitadas na ficha de investigação epidemiológica (FIE) da SA e no fluxo de encaminhamento do paciente para realização do tratamento.

Método: Estudo descritivo sobre a implementação de um instrumento de coleta de dados clínicos do paciente com SA para preenchimento da FIE e fluxo de encaminhamento para o tratamento, que ocorreu por meio de etapas: 1) Elaboração de instrumento para coleta de dados pelo Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial (SCIA); 2) Disseminação do instrumento pela Gerência Médica para a equipe assistente; 3) Interação entre médico do SCIA e equipe assistente.

Resultados: A falta de informações para preenchimento da FIE a partir de 2019 levou o SCIA a elaborar um instrumento personalizado para coleta de dados contendo os pontos que se encontravam falhos no prontuário médico (comportamentos e vulnerabilidades, antecedentes de tratamento da sífilis e conduta a ser realizada). Com o instrumento foi possível realizar classificação clínica da SA e orientar a conduta baseado nos dados clínicos e resultados laboratoriais do paciente.

Sendo estabelecido o fluxo: laboratório informa ao SCIA casos com sorologia para SA positiva. O SCIA encaminha instrumento para o médico assistente preencher os dados. O SCIA certifica do encaminhamento do paciente para tratamento e completa a FIE, finalizando a notificação.

Conclusão: Com o uso do instrumento foi possível classificar com maior acurácia os casos de SA e garantir o fluxo para o tratamento adequado. O AME com suas especialidades médicas muitas vezes é referenciado por síndromes clínicas com diagnóstico final de SA, sendo de extrema importância garantir o fluxo de tratamento desses pacientes para a prevenção da transmissão da SA.

Referência:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis—DCCI Boletim Epidemiológico Sífilis 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>. Acessado em 30 de abril de 2022.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102465>

EP-026

SÍNDROME DE MILLARD-GUBLER SECUNDÁRIA A DOLICOECTASIA DE ARTÉRIA BASILAR EM PACIENTE INFECTADO PELO HIV: RELATO DE CASO

Daniel Andrade B.A. Sousa,
Sávio Vinicius B. Amaral,
Felício Mathias P.E. Miranda,
Fabianna Marcia Mar Bahia

Hospital Universitário Professor Edgard Santos
(HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA),
Salvador, BA, Brasil

Introdução: Pessoas que vivem com HIV estão predispostas a eventos trombotogênicos, incluindo AVE. Quando lesões isquêmicas envolvem a porção ventral da ponte, resultando em paralisia ipsilateral de nervo abducente e facial associadas a hemiparesia contralateral, está caracterizada a síndrome de Millard-Gubler.

Objetivo: Apresentar um caso de Síndrome de Millard-Gubler secundária a dolicoectasia de artéria basilar num paciente portador de HIV.

Método: A.S.J, 40 anos, masculino, vivendo com HIV há 05 anos, sem uso de TARV, apresentou quadro de hemiparesia (força 3/5) e hemiparestesia a direita, associado a paralisia facial periférica (desvio de rima labial, paralisia total de músculos da hemiface esquerda e estrabismo convergente à esquerda) e diplopia. Realizada tomografia computadorizada de crânio e análise do líquido sem alterações. Prosseguiu investigação com ressonância magnética de crânio com evidência de hipersinal em ponte à esquerda em Flair, sem realce ao contraste em T1, confirmando etiologia isquêmica da lesão. Na investigação do AVE, realizou doppler de

carótidas e vertebrais com mínima placa em bulbo carotídeo sem estenose; ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção de 69%, cavidades e espessuras normais, função sistólica biventricular e função diastólica de ventrículo esquerdo preservadas, além de ausência de trombos e vegetações; holter de 24h sem alterações; e angiotomografia de vasos intra e extracranianos com artéria basilar pérvia, difusamente ectasiada, medindo 0,8 cm de diâmetro, apresentando áreas focais de menores calibres de permeio, conferindo aspecto irregular; e áreas de ectasia e estenose em artérias cerebrales. Após realização dos exames a etiologia do AVE foi associada a dolicoectasia de artéria basilar.

Resultados: PVHIV estão em um estado de inflamação crônica, paradoxalmente no contexto de imunossupressão avançada, como também se observa em indivíduos com RVS, relacionados a ativação imunológica relacionada a interação vírus-hospedeiro. Esse estado se relaciona a maior risco de doenças cardiovasculares. Nesta população o AVE, pode ser causado por aterosclerose ou por um fenótipo de dolicoectasia arterial não aterosclerótica. A dolicoectasia está associada a maiores períodos de infecção pelo HIV, imunossupressão e manutenção de carga viral detectável no momento do óbito, o que reforça a hipótese de um componente inflamatório para o risco aumentado de AVE.

Conclusão: Esse caso reforça a importância de buscar a etiologia das síndromes neurológicas em PVHIV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102466>

EP-027

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS PROTOCOLOS DE INFECÇÃO LATENTE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HIV

Matheus Polly, Gabriela Pizarro, Marcello Magri, Olavo Leite, Erika Ishigaki, David Uip

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose é a principal causa de morbimortalidade em pessoas vivendo com HIV no mundo. A pesquisa de infecção latente ou seu tratamento é indicada para todos os pacientes, principalmente aqueles com CD4 menor que 350 no diagnóstico, porém a quantidade de pacientes seguindo as recomendações é incerta.

Objetivo: Esse trabalho tem como objetivo avaliar a adesão ao protocolo de infecção latente por tuberculose em pacientes de um centro universitário em São Paulo.

Método: Avaliação retrospectiva de prontuários de um centro terciário entre 2015 e 2022 com avaliação de adesão ao protocolo de tuberculose latente (tratamento universal ILTB para todos os pacientes com CD4 < 350 células e Teste Tuberculínico para os pacientes com CD4 > 350 células, descartado Tuberculose ativa). Sexo, idade e parâmetros laboratoriais e clínicos foram avaliados: diagnóstico prévio de tuberculose, contagem de T CD4 ao diagnóstico, evolução para tuberculose

ao longo do seguimento. Foi utilizado método de regressão logística para avaliação de Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%.

Resultados: Foram analisados 211 prontuários de pacientes com diagnóstico de HIV confirmado. 64% (n = 136) dos pacientes eram do sexo masculino, a média de idade ao diagnóstico foi de 44 anos, 9,4% dos pacientes (n = 20) tinham diagnóstico de tuberculose ao longo do seguimento. 54% dos pacientes apresentaram CD4 < que 350 no diagnóstico (n = 111), destes 1% (2 pacientes) realizaram tratamento para ILTB. Dos pacientes com CD4 > 350 (n = 98), 25% (n = 25) realizaram rastreio para ILTB com 2 diagnósticos por PPD e um paciente recebendo tratamento. A taxa de adesão ao protocolo de tratamento do ministério da saúde para os pacientes com CD4 > 350 foi de 50%, enquanto dos pacientes com CD4 < 350 (tratamento independente de rastreio) foi de 1,8% (2 pacientes em 11 indicações). Ao longo do seguimento 5 pacientes evoluíram para tuberculose ativa, sendo 4 no grupo com TCD4 > 350 e 1 no grupo com TCD4 < 350.

Conclusão: A pesquisa de tuberculose latente em PVHIV recém diagnosticados é inconsistente e a adesão aos protocolos é baixa. Possíveis causas para isso são, oferta inconsistente do teste tuberculínico na rede pública, risco de interação medicamentosa e toxicidade levando a pouca oferta de tratamento preventivo. É necessário um reforço na divulgação dos protocolos e treinamento dos profissionais-chave, incluindo a equipe multiprofissional, para melhorar a adesão ao tratamento ILTB.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102467>

ÁREA: INFECTOLOGIA CLÍNICA

EP-029

HISTOPLASMOSE EM PACIENTES NÃO IMUNOSSUPRIMIDOS DE UMA ÁREA ENDÊMICA NO NORDESTE DO BRASIL

Terezinha M. Silva Leitão, Nina Brunet Saraiva Rodrigues, Luís Arthur Brasil Gadelha Farias, Lisandra Serra Damasceno

Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A histoplasmose, uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, é endêmica no Ceará. Dados em pacientes não imunossuprimidos são escassos nesta região do Brasil.

Objetivo: Descrever uma série de casos de histoplasmose em pacientes não imunossuprimidos diagnosticados em Fortaleza/CE.

Método: Estudo tipo série de casos, realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes não imunossuprimidos com o diagnóstico confirmado através de isolamento do fungo em culturas; ou com diagnóstico provável, quando o paciente apresentava quadro clínico sugestivo de histoplasmose, exposição de risco para a doença, além de detecção de