

nesse teste, conforme indicado pelo fabricante. **Conclusão:** : Portanto, a verificação dessa reação cruzada entre os exames descritos acima revela a necessidade da utilização de testes laboratoriais mais específicos para a detecção das infecções, como hanseníase e sífilis. Neste caso, o confirmatório para sífilis resultou em negativo, o doador seria apto para novas doações, o que representa um risco transfusional evidente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1507>

PADRONIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO PARA TESTES DE TRIAGEM MOLECULAR DE MALÁRIA EM DOADORES DE SANGUE

JIF Lopes, AR Leal, TF Oliveira, GLS Meire, CAC Silva, LMA Filho, MEL Duarte

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Avaliar a reprodutibilidade de três variações de controle de qualidade interno (CQI's) produzidos em Laboratório NAT para testes de triagem molecular de malária em doadores utilizando-se o kit NAT Plus HIV/HBV/HCV/Malária Bio-Manguinhos. **Materiais e método:** A partir de unidade de sangue reagente para malária e negativa para os demais parâmetros sorológicos triados, cujo valor de quantificação relativa do teste (cycle Threshold – Ct) em pool e em single foram, 23,90 e 20,6, respectivamente, produziu-se três variações de CQI's: (1) Plasma + Plasma: plasma fresco congelado (PFC) reagente para malária diluído em PFC negativo para todos os parâmetros sorológicos triados; (2) CH + CS: concentrado de hemácias (CH) reagente para malária diluído em solução salina tamponada com glicina (CellStab) e (3) CH + RPMI: CH reagente para malária diluído em meio Roswell Park Memorial Institute (RPMI). A produção e a avaliação dos CQI's seguiram as seguintes etapas: (a) realização de diluições seriadas (1:10, 1:100, 1:1.000, 1:10.000) (b) determinação de diluição ideal (valor do Ct entre 25 e 35, de acordo com metodologia estabelecida em rotina laboratorial); (c) produção de CQI e (d) avaliação de reprodutibilidade. Produziu-se amostras em volume suficiente para a realização dos testes, que foram aliquotadas em tubos PPT-EDTA K2 de 5 mL. A fim de avaliar a reprodutibilidade, realizou-se 20 testagens para cada um dos CQI's analisados. Essas testagens foram realizadas em single e em pool, em dias consecutivos e em duas plataformas NAT Bio-Manguinhos distintas. A partir de então, determinou-se a média (X), o desvio-padrão (DP) e coeficiente de variação (CV) para cada um dos CQIs analisados. **Resultados:** As diluições seriadas dos CQIs apresentaram os seguintes valores de Ct: CQI Plasma + Plasma (1:10 = 27,39; 1:100 = 32,36; 1:1.000 = 38,10), selecionando-se a diluição 1:10; CQI + CS e CQI CH + RPMI (1:10 = 23,42; 1:100 = 22,21; 1:1.000 = 24,38; 1:10.000 = 29,56), selecionando-se as diluições 1:10.000. Com relação à reprodutibilidade, o CQI Plasma + Plasma apresentou média de Ct (mCt) nas 20 alíquotas analisadas de 33,28 (DP: 3,52; CV: 10,56), por sua vez o CQI CH + CS apresentou mCt de 24,26 (DP: 3,64; CV: 15,02) e o CQI CH + RPMI

apresentou mCt de 29,55 (DP: 1,74; CV: 5,90). **Discussão:** Dentre as três variações de CQI analisadas, o CQI Plasma + Plasma possui a maior média de Ct (mCt = 33,28) e, ao avaliar o desvio padrão (DP = 3,52), observa-se proximidade ao limite máximo de detecção do Kit (Ct = 40); além disso, esse CQI apresentou CV superior a 10%. O CQI CH + CS possui média de Ct de 24,26, próximo ao intervalo preconizado de 25 a 35. Todavia, esse CQI apresentou o maior CV entre todos os analisados (CV = 15,02). Por fim, o CQI CH + RPMI possui média de Ct de 29,55, apresentando-se dentro do intervalo preconizado e como menor valor de CV (CV = 5,90) entre os CQI'S analisados, indicando ser uma opção para controle de qualidade NAT malária. **Conclusão:** O CQI produzido a partir de CH de hemácias diluído em RPMI apresentou os melhores resultados de reprodutibilidade dentre as variações de CQI's analisadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1508>

ANÁLISE DOS CASOS SOROPOSITIVOS PARA HTLV EM DOADORES DE SANGUE DA CIDADE DE SÃO PAULO

SC Ferreira^{a,b}, JE Ferreira^c, C Almeida-Neto^a, AS Nishyia^{a,b}, KC Dantas^d, N Salles^a, V Rocha^{a,b}, A Mendrone-Jr^{a,b}

^a Divisão de Pesquisa & Medicina Transfusional, Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Laboratório de Investigação Médica em Patogênese e Terapia dirigida em Onco-Imuno-Hematologia (LIM-31), Departamento de Hematologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Patologia - Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, Brasil

^d Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) pertence à família dos retrovírus, tem transmissão sexual e parenteral e é associado à leucemia/linfoma de células T do adulto (LLTA) e à paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV (TSP/HAM). Até o momento, são conhecidos quatro subtipos de HTLV (1, 2, 3 e 4), sendo os subtipos 1 e 2 os mais importantes em termos de 'patogenia' e 'epidemiologia'. Portadores assintomáticos do HTLV podem disseminá-lo na população. No Brasil, é obrigatória a pesquisa de anticorpos anti-HTLV-1/2 em todas as doações de sangue. Entre 2011-2016 notamos um discreto aumento no descarte sorológico devido HTLV, de 0,06% para 0,14%. **Objetivo:** Determinar a prevalência e incidência de HTLV-1/2 e HTLV-3 na população de doadores de sangue em nosso serviço. **Métodos:** De 220.340 doações realizadas no período de setembro de 2019 a julho 2021 em nossa Instituição, 407 (0,18%) apresentaram resultados positivos para HTLV. Destas, 223 (55%) foram incluídos no estudo. Realizamos PCR em tempo real para HTLV-1, 2, 3 segundo protocolo Moens et al., 2009 e teste