

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB**  
**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**LETÍCIA SAMPAIO CASTRO**  
**ISABELLE CRISTINA ABREU BÍLIO**

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA  
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA HIV EM UM HOSPITAL DA REDE  
PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL (DF)**

**BRASÍLIA**

**2022**

**LETÍCIA SAMPAIO CASTRO**  
**ISABELLE CRISTINA ABREU BÍLIO**

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA  
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA HIV EM UM HOSPITAL DA REDE  
PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL (DF)**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Gerson Fernando Mendes Pereira

**BRASÍLIA**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos imensamente ao professor orientador Gerson por todo o auxílio, atenção e zelo durante o desenvolvimento do projeto, sem sua ajuda esse projeto não seria possível. Além disso, agradecemos a Assessoria de Pesquisa do UniCEUB por todo o suporte e orientação durante o projeto. Agradecemos também a todos os profissionais de saúde que disponibilizaram uma parte de seu tempo para contribuir com a pesquisa.

## RESUMO

A profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde que consiste na administração da terapia anti-retroviral (TARV) por 28 dias após eventos com risco de transmissão de HIV, apresentando extrema importância no contexto de acidentes ocupacionais com materiais biológicos, frequentes principalmente na rotina de profissionais de saúde. Tendo em vista a importância do assunto no contexto desses trabalhadores, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento acerca da PEP ao HIV e suas especificidades por profissionais de saúde do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), bem como demonstrar a frequência de ocorrência de acidentes ocupacionais e condutas relacionadas à PEP no contexto desses profissionais. Para isso, foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, transversal e de levantamento no período de 1º de setembro de 2021 a 30 de julho de 2022. Por amostragem de conveniência, foram selecionados 82 profissionais da saúde que responderam a questões referentes à ocupação, treinamento em relação a PEP, além de suas particularidades. Ademais, foram questionados em relação a acidentes ocupacionais e uso prévio da PEP. Com isso, observou-se médicos e enfermeiros como os principais profissionais entrevistados, representando 28% (23) e 26,8% (22) da amostra, respectivamente. 82,9% (68) dos participantes afirmaram já terem ouvido falar sobre a PEP, porém apenas 54,9% (45) afirmaram conhecer a diretriz do Ministério da Saúde sobre o assunto e 50% (41) tiveram treinamento específico. Em relação às peculiaridades do tema, 74,4% (61) responderam corretamente pelo menos uma situação de indicação da PEP. Entretanto, em relação ao atraso máximo para tomar a PEP, apenas 46,3% (38) sabiam o tempo correto. 39% (32) dos profissionais sabiam quantos e quais os medicamentos do esquema preferencial, porém 29,3% (24) não sabiam responder ambas as questões. A duração do esquema foi respondida apropriadamente por 53,7% (44) dos participantes. Apesar do conhecimento escasso em relação ao tema por alguma parte dos profissionais, 82,9% (68) se consideram em risco de contrair HIV em seu local de trabalho e 54,9% (45) referem ter apresentado pelo menos uma exposição ocupacional, sendo os acidentes os mais relatados, correspondendo a 86,6% (39) dos casos. Desses, os imprevistos com picadas de agulhas e respingos de sangue/fluidos foram os mais frequentes, com 71,1% (32) e 62,2% (28), respectivamente. Dos profissionais que sofreram acidentes, apenas 57,7% (26) realizaram teste para detecção de HIV e 51,1% (23) não receberam o esquema, sendo o principal motivo para tal fato do paciente-fonte ter teste negativo para HIV, relatado por 47,8% (11) da amostra. Portanto, apesar do desempenho satisfatório nas respostas relacionadas a algumas especificidades, ainda existe uma lacuna no conhecimento acerca do tema. Ainda, condutas de extrema importância como testagem e adesão ao esquema apresentaram frequência baixa, reforçando a necessidade de fixação do conhecimento acerca do assunto, visando a adoção das medidas apropriadas frente a essas situações. Para que isso seja alcançado, reforça-se a necessidade de treinamentos periódicos e equipe de suporte para essas situações.

**Palavras-chave:** profilaxia pós-exposição; HIV; conhecimento; profissionais de saúde; acidente ocupacional.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Frequência relativa e absoluta das respostas referentes aos fluidos corporais com alto risco de transmissão para HIV .....	20
<b>Tabela 2:</b> Frequências relativa e absoluta das respostas referentes à duração do esquema da PEP.....	22
<b>Tabela 3:</b> Frequência relativa e absoluta das respostas referentes às circunstâncias da exposição.....	24
<b>Tabela 4:</b> Frequência relativa e absoluta das respostas referentes à causa percebida da exposição.....	24

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

**AIDS** - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

**AZT** - Zidovudina

**CEP** - Comitê de Ética e Pesquisa

**DNA** - Ácido desoxirribonucleico

**DTG** - Dolutegravir

**HBV** - Vírus da Hepatite B

**HCV** - Vírus da Hepatite C

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**HIV-1** - Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 1

**HIV-2** - Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 2

**HRAN** - Hospital Regional da Asa Norte

**ISTs** - Infecções sexualmente transmissíveis

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PEP** - Profilaxia pós exposição

**RNA** - Ácido ribonucleico

**TARV** - Terapia anti-retroviral

**TDF** - Tenofovir

**3TC** - Lamivudina

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
<b>3. METODOLOGIA E MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>33</b>
<b>7.1 Anexo 1 - Questionário sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV.....</b>	<b>33</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Acidentes ocupacionais com exposição a múltiplos riscos estão extremamente presentes na rotina de profissionais de saúde, com uma grande variedade, de cerca de 60 agentes infecciosos, que podem ser transmitidos nesses tipos de acidentes, podendo culminar na aquisição de algumas doenças. Dentre os patógenos mais frequentemente envolvidos nesses acidentes, particularmente aqueles que envolvem algum tipo de material biológico, destaca-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2010).

Tendo em vista a importância da doença causada pelo HIV e o impacto de sua infecção no contexto de segurança do trabalho, além das medidas de prevenção de contaminação por materiais biológicos, com o uso de equipamentos de proteção individual, é necessária também a implementação de medidas profiláticas logo após o ocorrido. Dessa forma, o acidente deve ser encarado de forma emergencial, com a realização de medidas gerais de limpeza e manuseio da ferida (BRASIL, 2010).

Ademais, o Ministério da Saúde do Brasil (2010) preconiza a adoção da profilaxia pós-exposição (PEP), a qual envolve a administração da terapia anti-retroviral por um curto período de tempo após eventos com risco alto de infecção pelo HIV, além de aconselhamento, avaliação de risco e investigações laboratoriais (MATHEWOS et al., 2013).

Dessa forma, tendo em vista que a exposição ocupacional ao HIV pode ser um motivo de preocupação e estresse, é de fundamental importância que os profissionais mais suscetíveis a esse tipo de acidente tenham conhecimento em relação a como proceder caso passem por essa situação (AMINDE et al., 2015a).

Entretanto, percebe-se que ainda existe uma lacuna em alguns serviços de saúde no que diz respeito ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação às características e componentes da PEP. Henny et al. (2019) apresenta como possíveis explicações a falta de treinamento em relação a situações que envolvem a possível contaminação pelo HIV. Além disso, justifica que, muitas vezes, o uso da PEP está relacionado a contextos de emergências médicas envolvendo agressões sexuais, situações as quais muitos profissionais de saúde não possuem familiaridade, justificando o fato de trabalhadores da área de emergências possuírem um conhecimento maior quando comparados a profissionais que não lidam com essas situações.



Muitos profissionais, mesmo que tenham conhecimento em relação à PEP, sua importância e características gerais, como quando iniciar, duração e medicamentos que a compõem, ainda assim não aderem à terapia, ou, se o fazem, prosseguem de forma inadequada. Os motivos para tal variam de acordo com o local, serviço e população entrevistada, porém, apresentam-se como fatores relevantes os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, como falta de serviço de PEP no local de trabalho, falta de suporte para o relato dos incidentes ocorridos e, ainda, relacionados à crença de que a profilaxia pós-exposição não é importante ou que pode causar uma série de efeitos colaterais (TSHERING et al., 2020).

O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento acerca da PEP para HIV pelos profissionais de saúde que trabalham no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Além disso, teve como objetivos específicos avaliar o conhecimento desses profissionais sobre os riscos no manejo de materiais biológicos, frequência da ocorrência de acidentes ocupacionais relacionados à exposição a materiais biológicos, assim como demonstrar a conduta quanto à testagem e adesão do esquema. Ademais, objetivou-se analisar o conhecimento dos profissionais em relação aos componentes, indicações, aspectos e duração da PEP, bem como descrever experiências em relação a treinamentos e cursos sobre o assunto.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Profissionais de saúde são expostos a múltiplos riscos na rotina de trabalho, como físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos. Nesse contexto, destacam-se ainda os riscos relacionados à aquisição de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, sendo a classe desses profissionais considerada de alto risco para essas situações (BRASIL, 2010).

Embora medidas obrigatórias exigidas internacionalmente que visam proteger a integridade dos trabalhadores sejam adotadas pela legislação brasileira, ainda existem lacunas em relação ao monitoramento da adoção de práticas seguras no trabalho, principalmente no que diz respeito à prevenção de acidentes ocupacionais (KHALIL et al., 2015). Entretanto, com a ocorrência de algum acidente, é importante estar ciente de que a situação deve ser tratada como uma emergência médica (BRASIL, 2010). Além disso, ressalta-se a importância da notificação compulsória de doenças relacionadas ao trabalho, medida determinada pela Portaria nº 777 de 2004 do Ministério da Saúde do Brasil (CALDAS e GOMES, 2017).

Dentre os diversos acidentes, aqueles com material biológico possuem especial relevância, principalmente no contexto daqueles que lidam de forma contínua e direta com esses materiais, como enfermeiros e técnicos de enfermagem (CENZI e MARZIALE, 2020).

A exposição a agentes infecciosos ocorre de diversas formas e o risco de transmissão é classificado de acordo com o tipo de exposição, sendo que as percutâneas, de membranas mucosas, cutâneas envolvendo pele não íntegra e mordedura com presença de sangue apresentam risco para transmissão de algumas doenças, e as exposições cutâneas quando a pele está íntegra ou com mordedura sem sangue não apresentam risco para transmissão (BRASIL, 2018).

Nesse cenário, destacam-se os acidentes percutâneos com agulhas contaminadas por material biológico (BRASIL, 2010). Cenzi e Marziale (2020) afirmam que o material biológico mais envolvido nos acidentes é o sangue, e que a contaminação por ele, na maioria dos casos, é decorrente de alguma atividade realizada no momento do acidente, geralmente envolvendo materiais perfurocortantes e resultando em lesão percutânea.

Dessa maneira, o ambiente hospitalar é um meio propício à exposição a materiais biológicos. Segundo Cenzi e Marziale (2020), mais de 20 patógenos podem ser transmitidos

por meio dos fluidos corpóreos, destacando-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o vírus da Hepatite B (HBV) e o vírus da hepatite C (HCV).

Nesse contexto, destaca-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), devido a sua potencial letalidade. Estimativas da OMS demonstram a ocorrência mundial de 2 a 3 milhões de acidentes percutâneos com agulhas contaminadas, com 170.000 casos correspondentes ao HIV (BRASIL, 2010). Assim, o HIV apresenta extrema relevância, e sua prevenção é primordial para a saúde do profissional. Em estudo realizado por Aminde et al. (2015b), 85% dos entrevistados consideraram-se em risco de adquirir HIV, e 67,5% relataram exposição ocupacional ao HIV.

Nessa linha, o risco médio de aquisição de HIV após exposição percutânea ao sangue contaminado é estimado em 0,3% e, após a exposição à membrana mucosa, 0,09% (BRASIL, 2010). No entanto, alguns aspectos dos materiais biológicos podem interferir no risco de transmissão. Assim, o sangue e outros materiais que contenham sangue, como sêmen e secreções vaginais, são considerados conteúdos de transmissão. Além disso, líquidos de serosas, líquido e líquido amniótico e articular são fluidos corporais potencialmente infectantes. Por fim, saliva, lágrimas, fezes, urina, secreções nasais e vômitos não apresentam risco potencial de contaminação. Entretanto, qualquer exposição sem barreira de proteção é passível de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2010).

Os casos de transmissão ocupacional podem ser agrupados em comprovados, no qual o indivíduo apresenta confirmação de soroconversão, e prováveis, em que não há relação causal estabelecida entre a exposição e a infecção, sendo incluídos indivíduos com sorologia reagente, quando não foi possível a documentação temporal da soroconversão, e que não apresentam história prévia de exposição de risco (BRASIL, 2010).

O HIV é um vírus responsável pela infecção do sistema imune, que em fases tardias pode resultar na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Após a infecção pelo agente, pode ocorrer comportamento assintomático, remontando somente ao caráter de portador de HIV, como também pode ocorrer o desenvolvimento de sintomas, que definem a fase de AIDS (BRASIL, 2010).

Os primeiros casos foram relatados nos Estados Unidos em 1981 (VERONESI e FOCACCIA, 2015), e com o tempo, atingiram proporções globais. Entre 2000 e 2016, houve uma queda de 39% no número de novas infecções, e diminuição em 1/3 das mortes causadas pela doença. Por mais que esteja mais estabilizada, a infecção por HIV ainda

representa um problema de saúde pública, sendo responsável pela morte de 1 milhão de pessoas somente no ano de 2016, e totalizando mais de 35 milhões de óbitos até o final de 2017 (OPAS-OMS, 2017).

O HIV é um retrovírus pertencente ao gênero Lentivirus e à família Retroviridae. De acordo com Belasio et al. (2010), as infecções provocadas pelos Lentivírus normalmente cursam com caráter crônico, com um longo período de latência, replicação viral persistente e envolvimento do sistema nervoso central.

Além disso, é agrupado em duas categorias, HIV tipo 1 (HIV-1), que é o principal causador de AIDS, e HIV tipo 2 (HIV-2). Segundo Belasio et. al (2010), ambos podem causar AIDS, mas o acometimento do sistema nervoso central é mais relacionado com o tipo 2, enquanto que o tipo 1 apresenta cepas mais virulentas com progressão mais rápida para AIDS.

Em seu ciclo viral, o HIV infecta a célula hospedeira por meio da ligação da glicoproteína gp120 com a molécula CD4, que atua como receptor primário, presente na superfície do linfócito T, monócito e célula dendrítica. Essa interação com o CD4 promove uma alteração na conformação da gp120, permitindo sua ligação com os co-receptores CCR5 e CXCR4, que resulta em uma modificação conformacional na proteína gp41, a qual realiza a fusão entre a membrana celular e o envelope viral, permitindo a entrada do vírus no ambiente intracelular (VERONESI e FOCACCIA, 2015).

Após a entrada, o vírus utiliza os aparelhos celulares para iniciar o processo de replicação. Por meio da enzima transcriptase reversa, há a conversão do RNA viral em DNA, que é inserido no genoma da célula hospedeira por meio da enzima integrase. Com isso, há início da transcrição do DNA, promovendo a formação de partículas virais, que, após o processo de montagem, são liberadas do ambiente intracelular por brotamento a partir da membrana plasmática (VERONESI e FOCACCIA, 2015).

O HIV pode atuar no sistema imune de maneira direta, por meio do processo infeccioso e destruição das células T, como também de forma indireta, ocasionando "depuração" imune das células infectadas e morte celular (JAMESON et al., 2020). Dessa maneira, o agente promove uma imunodeficiência pelo acometimento progressivo quantitativo e qualitativo do sistema imune, afetando principalmente os linfócitos T auxiliares, e gerando uma depleção significativa dessas células (VERONESI e FOCACCIA,

2015). Por conseguinte, essa deficiência imune implica em suscetibilidade a doenças oportunistas, particularmente infecções e neoplasias.

As manifestações do HIV podem ser agrupadas em três fases principais. Inicialmente, a fase aguda, com duração de 0 a 4 semanas, é definida como o tempo entre a infecção e o aparecimento dos sintomas, podendo ocorrer hipertermia, sudorese, cefaleia e fadiga. Posteriormente, há a fase assintomática ou de latência clínica, com duração de 8 a 10 anos a depender do organismo, na qual há a multiplicação do HIV no organismo, sem sinais e sintomas. Por fim, há a fase da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, que apresenta sintomas condizentes com doenças secundárias ao enfraquecimento do sistema imunológico. Nessa fase, a sintomatologia tem relação direta com o causador da infecção oportunista, estando presente fadiga não habitual, perda de peso, suor noturno, inapetência, diarreia e alopecia (BRASIL, 2017).

A primeira conduta logo após a exposição ao material biológico deve ser de cuidados imediatos com a área exposta. Casos de exposição percutânea ou cutânea devem contar com lavagem cuidadosa do local com água e sabão, podendo utilizar-se também soluções antissépticas degermantes. Nos casos de exposição de mucosa, o local deve ser lavado com água ou com solução salina fisiológica. Independente do local, estão contraindicados procedimentos que aumentem a área exposta, como cortes ou injeções locais, além da utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito e glutaraldeído (BRASIL, 2010).

Apesar de serem condutas primordiais e básicas, Tshering, Wangchuck e Letho (2020) evidenciaram que de 221 enfermeiras de um hospital em Butão, 60,6% não sabiam quais medidas de primeiros socorros devem ser tomadas após ferimento por agulha.

No contexto de doenças altamente contagiosas, destaca-se a Prevenção Combinada, que conta com a conjugação de diferentes ações para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV e hepatites virais. Essas ações abrangem diversas estratégias que levam em consideração ambientes e grupos sociais, especificidades e outros fatores que vão de encontro à ideia de que o melhor método para prevenção é aquele em que o indivíduo possui a liberdade de escolher de acordo com suas necessidades individuais (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, é importante destacar a quimioprofilaxia para o HIV, chamada profilaxia antirretroviral pós-exposição (PEP), como medida preventiva de transmissão do HIV, tema que há anos é explorado em estudos clínicos e experimentais, devido à relevância como potencial estratégia nessa circunstância (BRASIL, 2018). A PEP se refere às medidas

tomadas após o acidente, como primeiros socorros, aconselhamento, avaliação do risco, investigação sorológica da pessoa fonte e da exposta, assim como ao uso de medicamentos anti-retrovirais de curto prazo com o objetivo de reduzir o risco de aquisição do HIV (AMINDE et al., 2015a; MATHEWOS et al., 2013).

Dentre as pesquisas de grande relevância nessa temática, destaca-se o estudo caso-controle realizado por Cardo et. al. (1997), com profissionais de saúde dos Estados Unidos, França, Reino Unido e Itália, que sofreram exposição percutânea a sangue infectado por HIV. Foi constatado que dentre os profissionais de saúde que tomaram zidovudina (AZT) profilaticamente após a exposição, as chances de infecção pelo HIV foram reduzidas em aproximadamente 81%.

Dessa forma, baseando-se em diversos estudos que demonstraram efeito protetor do uso de antirretrovirais nesse contexto, em 1996, passou a ser preconizado no Brasil o uso da quimioprofilaxia anti-retroviral após exposição ocupacional ao HIV (BRASIL, 2010). A indicação da PEP deve contar com a avaliação do risco de exposição, observando o material biológico envolvido, a gravidade e o tipo de exposição, a identificação do paciente-fonte, avaliação da condição sorológica para o HIV do paciente-fonte e da pessoa exposta, além do tempo transcorrido entre o atendimento do paciente infectado e a exposição (BRASIL, 2018).

A quimioprofilaxia deve ser recomendada somente em situações em que o profissional de saúde sofreu exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Em exposições com menor risco, deve ser considerada caso a carga viral no paciente-fonte seja elevada. Nas situações em que o risco de transmissão é insignificante, não há recomendação, pois a toxicidade dos medicamentos supera o risco de transmissão (BRASIL, 2010).

É de extrema relevância que os profissionais de saúde tenham conhecimento em relação à PEP, porém, Tshering et al. (2020) evidenciou que apenas 51,1% das enfermeiras entrevistadas tinham ouvido falar sobre a PEP. Em concordância, Henny et al. (2019) constatou que menos da metade dos profissionais de saúde entrevistados em seu estudo no sudeste dos Estados Unidos tinham um bom entendimento relacionado à profilaxia.

Após a ocorrência do acidente, é imprescindível que seja observado o tempo entre a exposição e o atendimento, tendo em vista que a PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência dentro das primeiras 72 horas após a exposição, pois após esse período não há benefício no uso da profilaxia, não sendo mais indicada. Entretanto, caso o

material e o tipo de exposição sejam de alto risco, é recomendado acompanhamento sorológico (BRASIL, 2018). Apesar da importância do tempo transcorrido desde a exposição, Ajibola et al. (2014) salientou que em um estudo com 372 profissionais de saúde em um hospital universitário na Nigéria, apenas 54,5% sabia quando iniciar a PEP.

Dessa forma, o teste rápido deve ser realizado nas primeiras 72 horas após a exposição, e a escolha por esse tipo de triagem é baseada na simplicidade, tendo em vista que não é necessária infraestrutura laboratorial, além do resultado ser obtido em tempo igual ou até inferior a 30 minutos. A testagem inicial é então realizada com um teste rápido, e caso o resultado seja não reagente, o status sorológico é considerado negativo. Entretanto, caso seja reagente, deve-se realizar um segundo teste rápido diferente do primeiro, que, caso seja reagente, estabelece o diagnóstico de HIV. Resultados discordantes entre os dois testes implicam em um resultado final não definido, devendo-se repetir a testagem (BRASIL, 2018).

Nos casos em que for indicada a realização de um teste de triagem, deve ser feito aconselhamento pré e pós-teste, devendo ser informados ao paciente a natureza do teste, o porquê de realizá-lo, significado dos resultados e implicações para ele e para o profissional acidentado (BRASIL, 2010). Ademais, é direito do paciente recusar a coleta de exames, bem como a administração da PEP, devendo, nestas situações, ser documentada a recusa e explicitado que foram fornecidas orientações e informações sobre os riscos de exposição (BRASIL, 2018).

Sendo assim, a indicação da profilaxia depende do status sorológico para HIV da pessoa que foi exposta, devendo sempre ser avaliado nas situações de risco. Caso o teste rápido seja reagente, a PEP não está indicada, pois a infecção pelo HIV ocorreu antes do acidente. Nessa situação, a pessoa exposta deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2010).

Entretanto, se o teste rápido for não reagente, a PEP está indicada devido à suscetibilidade da pessoa exposta ao HIV. Porém, caso o teste seja discordante ou inválido, não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta, e é recomendado que seja seguido um fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica. A decisão de instituir ou não a profilaxia deve ser feita de acordo com critérios clínicos e em conjunto com a pessoa que foi exposta (BRASIL, 2018).

Além disso, existe a avaliação do paciente-fonte, porém é um critério não obrigatório, tendo em vista que nem sempre ele está presente ou disposto a realizar o teste. Ainda, destaca-se a importância de não atrasar nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença e disponibilidade da pessoa-fonte (BRASIL, 2018).

Posto isso, a indicação da PEP para a pessoa exposta varia de acordo com o status sorológico identificado no paciente-fonte. Se o teste rápido for reagente, a PEP é indicada à pessoa exposta e, caso o status sorológico da fonte fosse desconhecido previamente antes da triagem, a pessoa-fonte deve ser comunicada de forma individualizada sobre os resultados e encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV (BRASIL, 2018).

Se o teste for não reagente, a PEP não é indicada. Entretanto, situações em que a pessoa-fonte teve história de exposição nos últimos 30 dias podem contar com indicação da profilaxia, devido à possibilidade de obtenção de resultado falso-negativo durante o período de janela imunológica (BRASIL, 2018).

Se o status da pessoa-fonte for desconhecido, a avaliação deve ser feita caso a caso. Dessa forma, casos que envolvem acidentes com fonte desconhecida ou fonte conhecida mas com sorologia desconhecida, a decisão em relação à profilaxia deve ser feita de forma individualizada. Além disso, a gravidade da exposição e probabilidade clínica e epidemiológica de infecção devem ser avaliadas, pois algumas situações podem não contar com a indicação da PEP devido ao risco baixo de transmissão do HIV (BRASIL, 2018).

Em relação ao conhecimento sobre a conduta pós resultados, estudo realizado sobre os procedimentos pós-exposição evidenciou que somente 40,2% descreveram a conduta correta, 25% dos participantes apontaram apenas o atendimento clínico como necessário, e 2,4% não souberam identificar nenhum aspecto da conduta (LUIZE et.al, 2015).

Ademais, Aminde et. al (2015b) afirma que dos 80 profissionais de saúde de seu estudo, apenas 13,9% conheciam a política de PEP do hospital que trabalham, e apenas 12,5% receberam treinamento formal em relação ao tema.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), o esquema antirretroviral indicado, independente do tipo de exposição ou material biológico, conta com Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG). A escolha desses medicamentos é pautada no menor número de efeitos adversos e na baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão.



Em relação ao conhecimento de profissionais de saúde sobre os medicamentos utilizados, Thsering et al. (2020) evidenciou que 89,6% dos profissionais entrevistados não soube identificar um único medicamento da PEP. Em contrapartida, Ajibola et al. (2014) salienta que em sua pesquisa 39,3% não sabia citar nenhum medicamento, e 60,7% sabia pelo menos um.

No que diz respeito à duração, o esquema deve ser instituído por 28 dias (BRASIL, 2018). Entretanto, muitos profissionais de saúde não possuem conhecimento dessa informação, como evidenciado por Ajibola et al. (2014), que afirma que em seu estudo apenas 15,3% dos profissionais sabiam a duração correta de uso da PEP. Em conformidade, Thsering et al. (2020) destacou que apenas 13,6% sabiam a duração correta da PEP.

Além disso, no que diz respeito ao acompanhamento da PEP, indivíduos indicados ao tratamento devem realizar acompanhamento clínico-laboratorial, contando com repetição da testagem em 30 a 90 dias após a exposição, mesmo que tenham completado o uso dos medicamentos e, pacientes que tenham sido testados positivos para HIV devem ser encaminhados a serviços especializados. Devem também ser reavaliados após 2 semanas de PEP para identificação de possíveis efeitos adversos e reforço da orientação quanto à adesão terapêutica até o final do tratamento (BRASIL, 2018).

Orientações adicionais no acompanhamento durante o tratamento incluem: uso de preservativo em todas as relações sexuais, não compartilhamento de seringas e agulhas, contraindicação de doação de órgãos, sangue, tecidos ou esperma, e importância de se evitar a gravidez nesse período (BRASIL, 2018).

Portanto, diversos estudos evidenciam a lacuna de conhecimento existente em relação à PEP, assim como seus detalhes. Além disso, outro ponto importante a se destacar é a falta de adesão à profilaxia nos casos em que é indicada. Cenzi e Marziale (2020) evidenciam em seu estudo que, dos profissionais que receberam indicação da PEP, apenas 68,8% aderiram durante os 28 dias. Além disso, outro estudo atestou que dos 95 expostos, somente 2,1% realizaram a PEP, apontando também que dentre os motivos para a baixa adesão da PEP encontram-se a ausência do serviço de PEP (30,2%), falta de suporte para relatar incidentes (22,6%), e a não importância da PEP (9,7%) (TSHERING et al. 2020). Assim, demonstra-se a necessidade de uma maior abordagem em relação à temática no contexto hospitalar, visando a integridade dos profissionais de saúde.

### 3. METODOLOGIA E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, transversal e de levantamento, com profissionais da área da saúde que trabalham no ambulatório de cirurgia e centro cirúrgico no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), realizado no período de 1º de setembro de 2021 a 30 de julho de 2022.

Participaram da pesquisa 82 profissionais com tempo de exercício mínimo de 6 meses, lotados no HRAN e que prestam assistência direta a pacientes hospitalizados, enquanto foram excluídos profissionais que tinham um contrato provisório com o HRAN ou realizavam exclusivamente funções administrativas.

Foi utilizado apenas um instrumento de pesquisa, um questionário (Anexo 1). Neste questionário foram analisados dados sociodemográficos (idade, sexo, religião, estado civil, ocupação, local de trabalho, nível de educação e tempo de experiência de trabalho), o conhecimento sobre os riscos exposicionais a materiais biológicos, atitude pós exposição e o nível de compreensão do esquema, indicações e duração da PEP. Além disso, o questionário abordou a frequência e circunstâncias das exposições sofridas pelo profissional entrevistado, bem como sua postura individual diante de uma exposição, verificando a adesão à PEP, abandono do esquema e triagem da fonte para HIV. Esse questionário foi adaptado do utilizado Leopold Aminde et al. (2015) no artigo "Awareness and low uptake of post exposure prophylaxis for HIV among clinical medical students in a high endemicity setting", e as adaptações foram feitas a fim de torná-lo mais pertinente para essa pesquisa.

Os participantes foram abordados pessoalmente, e o questionário aplicado pelas próprias pesquisadoras mediante apresentação e explicação breve da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As informações obtidas por meio deste foram tabuladas no programa EXCEL, a fim de avaliar a prevalência das manifestações alérgicas associadas ao conhecimento da PEP pelos profissionais que trabalham nos locais citados acima.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEUB) e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS), com o número do CAAE 52376721.2.0000.0023.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 82 profissionais de saúde do Hospital Regional da Asa Norte, dentre os quais 68,3% (56) eram do sexo feminino e 31,7% (26) do sexo masculino. Além disso, 14,6% (12) se encontram entre 19-25 anos, 30,5% (25) entre 26-35 anos, 26,7% (22) entre 36-45 anos e 25,5% (21) entre 46-60 anos. Dentre os participantes, 28% (23) são médicos, 26,8% (22) enfermeiros, 25,6% (21) técnicos de enfermagem e 4,8% (7) variam entre assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; 11% dos participantes não responderam qual é sua ocupação profissional.

No que se refere ao tempo de atuação, 19,5% (16) trabalham na área da saúde há 6 meses a 2 anos, 13,4% (11) há 3 a 5 anos, 15,9% (13) há 6 a 8 anos, 37,8% (31) trabalham na área há mais de 8 anos e 13,4% (11) deixaram o campo de resposta em branco. Além disso, em relação ao nível de educação, as respostas mais prevalentes foram pós-graduação, com 54,9% (45) da amostra, seguida de 28% (23) com graduação e, por último, 17,1% (14) com curso técnico.

Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação à profilaxia pós-exposição (PEP) do HIV, 82,9% (68) dos participantes já ouviram falar sobre a PEP, valor semelhante ao encontrado por Ajibola et al. (2014) em pesquisa com 372 participantes em um hospital universitário na Nigéria, dos quais 83,3% afirmaram ter consciência da existência da PEP. Aminde et al. (2015b), em estudo com 80 enfermeiros em hospital no Noroeste de Camarões, encontrou frequência semelhante, de 83,8%.

Dos participantes que ouviram falar sobre a PEP, a fonte de informação mais prevalente foi treinamento 51,5% (35), seguido de seminário e/ou workshop, com 27,9% (19) e, por último, jornal e/ou revista, com apenas 5,8% da amostra. Em relação ao treinamento como principal fonte, o resultado foi semelhante ao encontrado por Mathewos et al. (2013), com 48,7%. Em contraste, Aminde et al. (2015a) encontrou como principal fonte de informação visitas nas enfermarias, com 73,7%, e apenas 6,5% com treinamento. Essa discrepância pode ser atribuída a uma diferença da composição da amostra, considerando que o autor realizou o estudo apenas com estudantes entre o 4º e 6º anos de medicina. No presente estudo, 27,9% da amostra não conseguiram recordar a fonte de informação, resultado semelhante ao encontrado por Tshering et al. (2020) realizado em um

hospital na região do Butão com 221 enfermeiros, com frequência de 27,4% para essa resposta.

Ainda nesse contexto, 54,9% (45) afirmam não conhecer a diretriz do Ministério da Saúde em relação a PEP e 59,8% (49) não estão cientes da política do hospital em relação à profilaxia.

O treinamento específico para a PEP foi relatado por 50% (41) participantes, resultando ligeiramente maior ao encontrado na sessão do presente estudo que indagava a fonte de conhecimento sobre a PEP, a qual revelou frequência 42,7% (35) em relação à amostra total, diferença a qual pode ter ocorrido devido a um viés de confusão no momento em que os participantes responderam o questionário. Dentre os que foram treinados, o treinamento no hospital foi o mais relatado, com uma frequência de 60% (24).

Os participantes responderam ainda a perguntas específicas para avaliação do conhecimento em relação à PEP, bem como situações de risco para contaminação pelo HIV no contexto dos acidentes de trabalho.

Além disso, os profissionais foram questionados em relação aos fluidos com alto risco para transmissão do HIV, sendo o item mais respondido o leite materno, com frequência de 86,6% (71), seguido do fluido peritoneal e líquido cefalorraquidiano, ambos com frequência de 56,1% (46). Líquido pleural apresentou frequência de 52,4% (43) e líquido sinovial 28% (23). Demais fluidos tiveram frequência menor, conforme exposto na tabela 1. Além disso, 6,1% (5) não sabiam responder ao questionamento.

**Tabela 1:** Frequência relativa e absoluta das respostas referentes aos fluidos corporais com alto risco de transmissão para HIV.

<b>FLUIDO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Leite materno	86,6% (71)
Fluido peritoneal	56,1% (46)
Líquido cefalorraquidiano	56,1% (56)
Líquido pleural	52,4% (43)

Líquido sinovial	28% (23)
Saliva	13,4% (11)
Urina	2,4% (2)
Fezes	2,4% (2)

As respostas referentes aos fluidos com alto risco de transmissão possuem frequências muito variáveis de acordo com cada estudo, sendo mais encontradas respostas afirmativas em relação ao leite materno. Nesse sentido, a frequência de 86,6% (71) encontrada no presente estudo foi semelhante à apresentada por Aminde et al. (2015a), com 84,4%.

No que diz respeito quando a PEP deve ser indicada, 74,4% (61) responderam corretamente que há indicação quando o paciente-fonte é HIV positivo; 56,1% (46) afirmaram quando o status do paciente-fonte é desconhecido; 53,7% (44) responderam quando o paciente está sob alto risco de HIV; e 42,7% (35) responderam erroneamente que deve ser indicada para qualquer lesão por picada de agulha no local de trabalho. Um participante (1,2%) não soube responder. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde a recomendação da PEP para HIV do Ministério da Saúde depende de fatores como o material biológico, tipo e tempo de exposição e status sorológico da pessoa exposta e da pessoa-fonte, não sendo indicada para todas as lesões por picada de agulha (BRASIL, 2017).

Em relação às medidas de primeiros socorros que devem ser instituídas após lesão por picada de agulha, 89% (73) responderam corretamente que deve-se lavar com água e sabão e 4,9% (4) responderam inadequadamente que deve-se promover sangramento ativo da ferida. 6,1% (5) da amostra não sabiam responder a pergunta e 2,4% (2) deixaram em branco. O conhecimento em relação a esse tópico encontrado no presente estudo mostrou-se superior aos encontrados por Aminde et al. (2015b), o qual relatou que 51,3% responderam que deveria-se promover o sangramento ativo da lesão, e por Tshering et al. (2020), o qual afirmou que 60,6% da amostra não sabiam responder.

Os participantes também foram questionados em relação a quanto tempo após a exposição a PEP deve ser iniciado e 70,7% (58) responderam corretamente que deve ser iniciada dentro de 1h, resultado maior comparado aos encontrados na literatura, nos quais

Aminde et al. (2015a) apresentou frequência de 43,5% de participantes que responderam corretamente, Flössner et al. (2021) encontrou 48% e Mathewos et al. (2013), 50,8%.

Em relação ao atraso máximo para tomar a PEP, 46,3% (38) responderam corretamente que deve ser tomada em até 72h, e 24,4% (20) não sabiam responder a pergunta.

Quanto aos medicamentos que fazem parte do esquema preferencial da PEP, 39% (32) responderam corretamente que são utilizados 3 medicamentos e quais os medicamentos utilizados: Tenofovir, Dolutegravir e Lamivudina. 29,3% (24) não sabiam quantos nem quais os medicamentos utilizados. Quanto ao número de medicamentos utilizados, os resultados do presente estudo mostraram maior quantidade de acertos que Aminde et al. (2015b), com 30%, porém menores que Shamil et al. (2021), com 68,6%, evidenciando grande variabilidade de conhecimento em relação a esse tópico a depender da literatura.

A duração de 4 semanas do esquema foi respondida corretamente por 53,7% (44) dos profissionais e 20,7% (17) responderam não saber por quanto tempo o esquema deve ser usado. As demais durações estão expostas na Tabela 2.

**Tabela 2:** Frequências relativa e absoluta das respostas referentes à duração do esquema da PEP.

DURAÇÃO	FREQUÊNCIA
Durante toda a vida	7,3% (6)
2 semanas	8,5% (7)
4 semanas	53,7% (44)
24 semanas	4,9% (4)
28 semanas	2,4% (2)
Não sei	20,7% (17)
Em branco	2,4% (2)

Em relação à atitude individual frente à exposição ocupacional ao HIV, 82,9% (68) dos profissionais se consideram em risco de contrair HIV no seu local de trabalho. O resultado encontra-se em consonância com o observado nas literaturas analisadas, como demonstrado no estudo de Shamil et al. (2021), no qual 79,7% dos participantes entrevistados referiram apresentar risco aumentado de contaminação pelo HIV no ambiente profissional. Semelhante a esse resultado, em estudo conduzido por Aminde et al. (2015a), 96,1% dos profissionais admitem-se em risco de contrair HIV no ambiente laboral.

Somado a isso, 54,9% (45) referem já ter tido pelo menos uma exposição ocupacional com potencial risco de contaminação por HIV, sendo que nos últimos 12 meses, 9,8% (8) tiveram 1 exposição, 11% (9) tiveram 2-3 exposições e 4,9% (4) dos participantes afirmaram ter tido mais de quatro exposições nesse período. Tais resultados são semelhantes aos encontrados em estudo realizado por Shamil et al. (2021), no qual 59% dos profissionais relataram a ocorrência de exposição com potencial risco de contaminação pelo vírus em ambiente laboral. Em encontro com esses achados, Aminde et al. (2015b) verificou elevada taxa de exposição ocupacional de risco, visto que relatou-se, em seu estudo, que 67,5% dos profissionais já tiveram algum tipo de exposição de alto risco.

Dentre as fontes de exposição, picadas de agulhas e respingos de sangue/fluidos foram os mais frequentemente relatados, correspondendo a 71,1% (32) e 62,2% (28) de ocorrências entre os entrevistados, respectivamente. Nessa linha de raciocínio, esses resultados também foram verificados por Mushambi et al. (2021), em estudo, no qual evidenciou-se que eventos com agulhas foram relatados por 74% dos participantes. Além disso, em estudo realizado nos centros de Saúde em Harar, na Etiópia, Shamil et al. (2021) observou conclusões semelhantes, sendo que as picadas de agulha corresponderam a 86,7% dos relatos.

As circunstâncias das exposições mais frequentemente relatadas foram durante manuseio de materiais perfurocortantes (55,8%), na coleta de amostras de materiais biológicos (37,7%), durante cirurgia (26,6%), aplicando injeções (17,7%) e durante o transporte de amostras (8,8%). Apesar de verificar consonância quanto às taxas de exposição ao reencapar agulhas (37%) e na coleta de amostras biológicas (22,2%), Aminde et al. (2015b) evidencia que 57,5% dos eventos de exposição foram relacionados com a configuração da linha IV. Tal diferença se deve principalmente ao campo amostral da

pesquisa, que foi restrito aos enfermeiros, não se estendendo a todas as categorias dos profissionais de saúde.

**Tabela 3:** Frequência relativa e absoluta das respostas referentes às circunstâncias da exposição.

CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO	FREQUÊNCIA
Manuseio de materiais perfurocortantes	55,5% (25)
Coletando amostras de materiais biológicos	37,7% (17)
Durante cirurgia	26,6% (12)
Aplicando injeções	17,7% (8)
Durante o transporte de amostras	8,8% (4)

Além disso, dentre as principais causas percebidas de exposição pelos profissionais de saúde, 86,6% (39) foram devido a acidentes, 8,8% (4) foram devido à falta de barreira de proteção no ambiente de trabalho e 2,2% (1) corresponderam ao conhecimento ineficiente. Em contrapartida, Tshering et al. (2020), em estudo realizado no Butão, verificou que a principal causa relatada foi a falta de proteção individual, que correspondeu a 56,8% dos casos. Essa discrepância pode ser associada a diferenças na organização e política interna dos Centros Hospitalares analisados.

**Tabela 4:** Frequência relativa e absoluta das respostas referentes à causa percebida da exposição.

CAUSA PERCEBIDA DA EXPOSIÇÃO	FREQUÊNCIA
Acidental	86,6% (39)
Falta de barreira de proteção	8,8% (4)
Conhecimento insuficiente	2,2% (1)



Dentre os profissionais que tiveram exposição ocupacional com potencial risco de contaminação, somente 57,7% (26) realizaram triagem ou teste para detecção de HIV. Porém, em estudo conduzido por Mushambi et al. (2021), foi verificado que 98,7% dos profissionais realizaram teste para HIV após exposição. Tal diferença pode ser relacionada ao uso de autoteste para HIV.

Com relação aos participantes que não realizaram o teste para HIV, 62,5% (10) presumiram que o paciente fonte era HIV negativo, e 6,25% (1) não estavam cientes de sua necessidade. Em consonância com os resultados obtidos, Aminde et al. (2015b) também evidenciou que 53,3% dos profissionais que não realizaram o teste presumiram que o paciente fonte era HIV negativo, e 13,3 % não estava ciente da necessidade.

No tangente a PEP, 51,1% (23) dos participantes não receberam o esquema após a exposição. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Tshering et al. (2020) com enfermeiros em um Hospital na região do Butão, no qual 97,9% não receberam a PEP. Em contraposição, Shamil et al. (2021) verificou que 90,7% dos entrevistados receberam esquema da PEP. Essa discrepância pode ser associada à diferença no cálculo desse resultado, que levou em consideração somente os profissionais expostos que tentaram obter o serviço de PEP, e não todos os expostos a condições de risco de contaminação em ambiente hospitalar.

Dos profissionais de saúde que não realizaram o esquema da PEP, 47,8% (11) relataram que a origem da exposição era negativa para HIV e 43,4% (10) consideraram desnecessário. Em concordância com esses resultados, Aminde et al. (2015b), 47,7% dos participantes não realizaram o esquema devido ao teste da fonte de exposição ser negativo, e 6,8% acreditavam não ser necessário.

Já dos profissionais que receberam a PEP, 76,4% (13) realizaram antes das 24h do momento da exposição. O estudo por Mushambi et al. (2021) vai de encontro com os dados referidos, sendo que 77% dos participantes iniciaram a PEP antes de 24 horas. Ainda, Shamil et al. (2021), verificou que 63,3% dos entrevistados receberam o esquema antes das 24 horas após a exposição, o que reforça os resultados obtidos na pesquisa.

Somado a isso, 82,3% (14) dos participantes utilizaram o esquema por 28 dias, sendo que 76,4% dos pacientes relataram que completaram o tempo de uso do medicamento de acordo com o prescrito. Segundo Mathewos et al. (2013), em estudo conduzido em, 79,6%

dos participantes completaram o esquema preconizado da PEP, o que reforça os resultados obtidos. Porém, em pesquisa realizada por Mushambi et al. (2021), somente 11% dos entrevistados finalizaram o tempo esperado da PEP. Esse resultado pode ser relacionado a diferença de metodologia, que se baseou na análise de registros secundários dos profissionais de saúde que se acidentaram em ambiente de trabalho. Assim, como levantado no artigo, há uma deficiência do registro dos profissionais que finalizaram de maneira adequada a PEP.

Ainda, 23,4% (4) dos pacientes não finalizaram o esquema, sendo que 25% (1) apontaram o medo de efeito adverso e 50% (2) referiram o teste do paciente sendo negativo como as principais causas para o abandono.

No tangente a fonte de exposição, 73,3% (33) realizaram triagem da fonte pós exposição, os quais 15,1% (5) deram positivo para HIV. Em dissonância com os resultados obtidos, Mushambi et al. (2021), evidenciou em seu estudo que 91% das fontes de exposição realizaram teste para detecção do HIV, e dentre esses, 77% dos testes tiveram resultados positivos. Essa diferença pode ser justificada devido a localidade na qual foi realizada o estudo. A pesquisa em questão foi conduzida no Zimbábue, que sofre há várias décadas com uma epidemia de HIV, o que torna sua prevalência aumentada na região.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos estudos acerca do conhecimento de profissionais de saúde em relação à profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV demonstram conhecimento insuficiente em relação a essa medida. O presente estudo evidenciou conhecimento satisfatório dos participantes em relação a questões como medidas de primeiros socorros após lesão, indicações da PEP em até quanto tempo a PEP deve ser tomada. Foram consideradas respostas com desempenho satisfatório aquelas com frequência de respostas de mais de 50%.

Apesar de muitos profissionais de saúde afirmarem terem escutado sobre a PEP, a frequência de respostas corretas em relação a maioria dos tópicos interrogados ainda não se apresenta satisfatória, evidenciando que mesmo com a maioria tendo afirmado que conhece a PEP e com metade dos participantes tendo sido treinados, ainda existe uma grande lacuna no conhecimento desses profissionais em relação ao tema.

O problema em relação a essa falta de conhecimento reside na possibilidade de falta de testagem, adesão e seguimento com a PEP, por desconhecimento de suas informações mais básicas, além dos protocolos do hospital e do Ministério da Saúde.

Ainda, observou-se que exposição com potencial risco ao HIV é significativamente frequente no ambiente hospitalar no qual foi realizado o questionário. A maioria dos profissionais de saúde referiram um risco aumentado de contaminação por HIV dentro do meio de trabalho, o que reforça a importância da conscientização sobre a PEP.

Além disso, verifica-se baixa adesão à PEP após situações de exposição ocupacional com elevado risco de contaminação por HIV nos profissionais de saúde do Hospital analisado. Observa-se que esse comportamento deve-se principalmente ao pensamento da baixa necessidade de sua realização, sendo que a utilização da PEP após a exposição foi considerada desnecessária por um amplo grupo de profissionais entrevistados. Remonta-se assim, a necessidade de uma intervenção que intensifique a importância da adesão ao esquema da PEP, buscando-se também orientar as consequências na qualidade de vida futura dos profissionais devido a uma possível contaminação.

Porém, apesar da baixa adesão ao esquema da PEP, foi observado que um grande percentual de profissionais realizou o esquema de maneira adequada, iniciando-o dentro do intervalo preconizado e respeitando o tempo estabelecido para correta profilaxia. Além disso, a maioria dos entrevistados realizou teste de detecção do HIV após a exposição. Não

obstante, ainda se torna imperativo reforçar a necessidade de detecção e intervenção precoce para um desfecho benéfico da situação.

Observou-se, também, que a maioria dos casos de exposição foi de cunho acidental, porém salienta-se a necessidade de treinamentos específicos sobre a segurança individual e coletiva no meio hospitalar, visando ampliar e estimular o uso de Equipamentos de proteção individual e reforçar medidas de segurança para realização de procedimentos com materiais perfurocortantes, como agulhas.

Por fim, a interrupção da PEP foi verificada por diversos participantes no estudo, sob a justificativa de que o paciente fonte apresenta teste negativo. No entanto, torna-se relevante intensificar aos profissionais de saúde, como relatado na literatura analisada, que fontes com testes negativos para HIV não descartam completamente o risco de adquirir a infecção, sendo importante que se conheça o protocolo para observar peculiaridades que tornem necessária maior observação e acompanhamento de casos específicos.

Dessa forma, conclui-se que é necessário fomentar a realização de seminários, workshops, oficinas e treinamentos periódicos, além da distribuição de banners e panfletos dentro do hospital para capacitação da equipe quanto às condutas corretas a serem tomadas frente a acidentes ocupacionais, bem como a disponibilização de uma equipe específica para realização dessas atividades educativas e para funcionar como suporte caso os profissionais necessitem buscar maiores informações e orientações, além de dar seguimento e acompanhamento àqueles que necessitarem adotar a medida, visando maior adesão e sucesso do esquema.

## REFERÊNCIAS

1. AJIBOLA, Sarah et al. Knowledge, attitude and practices of HIV post exposure prophylaxis amongst health workers in Lagos University Teaching Hospital. **The Pan African Medical Journal**, v. 19, n. 172, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366120/>>. Acesso em: 9 fevereiro 2022.
2. AMINDE, Leopold N., TAKAH, Noah F., NOUBIAP, Jean J. N. et al. Awareness and low uptake of post exposure prophylaxis for HIV among clinical medical students in a high endemicity setting. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1104, 2015. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2468-9#citeas>>. Acesso em: 16 fevereiro 2022.
3. AMINDE, Leopold N., TAKAH, Noah F., DZUDIE, Anastase, et al. Occupational Post-Exposure Prophylaxis (PEP) against Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in a Health District in Cameroon: Assessment of the Knowledge and Practices of Nurses. **PLOS One**, v.10, n.4, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400151/>> . Acesso em: 19 de fevereiro de 2022.
4. BELASIO, Emanuelle et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 46, n. 1, p. 5-14, 2010. Disponível em <[https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN\\_10\\_01\\_02.pdf](https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_10_01_02.pdf)> . Acesso em: 20 de janeiro de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Clinical protocol and therapeutic guidelines for post-exposure prophylaxis (PEP) for the risk of HIV, STIs and viral hepatitis infections**. Brasília, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_profylaxia\\_exposicao\\_HIV\\_IST\\_hepatites\\_virais.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profylaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf)>. Acesso em: 06 de agosto de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela**

- Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional.** Brasília, 2017. <Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_manual\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf)> . Acesso em: 20 de março de 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites virais. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.** Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>>. Acesso em: 13 fevereiro 2022.
  8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV - 2008.** Suplemento III - Tratamento e prevenção. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/suplemento\\_consenso\\_adulto\\_01\\_24\\_01\\_2011\\_web\\_pdf\\_13627.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf)>. Acesso em: 19 janeiro 2022.
  9. CALDAS, Arlene de Jesus Mendes e GOMES, Sâmea Cristina Santos. Qualidade dos dados do sistema de informação de trabalho com exposição a material biológico no Brasil, 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n.3, p. 200-208, 2017. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v15n3a03.pdf>>. Acesso em: 27 janeiro 2022.
  10. CARDO, Denise M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. **The New England Journal of Medicine**, v. 337, n. 21, p. 1485-1490, 1997. Disponível em: <[https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199711203372101?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0www.ncbi.nlm.nih.gov#article\\_citing\\_articles](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199711203372101?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0www.ncbi.nlm.nih.gov#article_citing_articles)>. Acesso em: 10 fevereiro de 2022.
  11. CENZI, Camila Maria e MARZIALE, Maria Helena Palucci. Desenvolvimento de aplicativo móvel, estruturado no autocuidado, para profilaxia pós-exposição ocupacional a material biológico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 5, 2020 .

- Disponível em:  
<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001700158&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001700158&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.
12. FLÖSSNER Christian, AVETISYAN, Meri, FRESE, Thomas. Flössner C, Avetisyan M, Frese T. Basic knowledge among GP trainees regarding HIV pre- and post-exposition-prophylaxis. *Journal of family medicine and primary care*, v. 10, n. 9, p. 3283-3287, 2021. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8565146/>>. Acesso em: 30 de julho de 2022.
13. HENNY, Kirk D. et al. HIV-Related Training and Correlates of Knowledge, HIV Screening and Prescribing of nPEP and PrEP Among Primary Care Providers in Southeast United States, 2017. *AIDS and behavior*, v. 23, n. 11, p. 2926-2935, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6803031/>>. Acesso em: 19 fevereiro de 2022.
14. JAMESON, J. L. et al. **Manual de Medicina de Harrison**. 20. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2020. Disponível na plataforma Minha Biblioteca. Acesso em 21 de janeiro de 2022.
15. KHALIL, Sara da Silva et al. Occupational exposure to bloodborne pathogens in a specialized care service in Brazil. *Am J Infect Control*, v. 43, n.8, p. 39-41, 2015. Disponível em:  
<[https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(15\)00619-7/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(15)00619-7/fulltext)> . Acesso em: 20 junho 2022.
16. LUIZE, Batista et al. Conduas após exposição ocupacional a material biológico em um hospital especializado em oncologia. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.24, n.1, p. 170-177, 2015, Santa Catarina, Brasil. Disponível em:  
<<https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421021.pdf>> . Acesso em 26 de janeiro de 2022.
17. MATHEWOS, Biniam., BIRHAN, Wubt., KINFE, Sebesbe et al. Assessment of knowledge, attitude and practice towards post exposure prophylaxis for HIV among health care workers in Gondar, North West Ethiopia. *BMC Public Health*, v. 13, n. 508, 2013. Disponível em:

- <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-508#citeas>>. Acesso em: 16 fevereiro de 2022.
18. MUSHAMBI, Fadzai et al. High post-exposure prophylaxis uptake but low completion rates and HIV testing follow-up in health workers, Harare, Zimbabwe. **Journal of infection in developing countries**, v. 15, n. 4, p. 559-565, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8655953/>>. Acesso em: 21 junho de 2022.
19. OPAS/OMS Brasil - Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha Informativa - HIV/AIDS**. Brasília (DF), 2017. Disponível em <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812)>. Acesso em: 21 de janeiro de 2022.
20. SHAMIL, Mohammed; LEGESI, Nanati; TADIWOS, Yohannes. Assessment of Knowledge, Attitude, Practice and Associated Factors Toward Post-Exposure Prophylaxis for HIV/AIDS among Health Professionals in Health Centers Found in Harari Region, Eastern Ethiopia. **HIV/AIDS**, v. 13, p. 41-51, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813453/>>. Acesso em: 13 de julho de 2022.
21. TSHERING, Kezang, WANGCHUK, Kinzang, LETHO, Zimba. Assessment of knowledge, attitude and practice of post exposure prophylaxis for HIV among nurses at Jigme Dorji Wangchuck National Referral Hospital, Bhutan. **PLoS One**, v. 15, n. 8, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454947/>>. Acesso em: 18 fevereiro de 2022.
22. VERONESI, Ricardo e FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. Editora Atheneu, 2015. Disponível na plataforma Atheneu Editora. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.



## ANEXOS

### 1. Anexo 1 - Questionário sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV

#### I. Características sociodemográficas:

Idade \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )  
Religião: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Nível de educação: ( ) curso técnico ( ) graduação ( ) pós-graduação ( ) mestrado ( )  
doutorado ( ) pós-doutorado  
Experiência de trabalho: ( ) 6 meses - 2 anos ( ) 3 - 5 anos ( ) 6 - 8  
anos ( ) > 8 anos

#### II. Fontes e nível de conhecimento sobre PEP (profilaxia pós-exposição)

##### Fontes:

Ouviu falar sobre PEP? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual a fonte de conhecimento? ( ) Jornal / revista ( ) Televisão ( ) Rádio  
( ) Seminário/workshop ( ) Treinamento ( ) Não consigo lembrar

Já teve algum treinamento sobre a PEP? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, onde? ( ) hospital ( ) curso externo ( ) Outro:

\_\_\_\_\_

Você conhece a diretriz do hospital e/ou do Ministério da Saúde sobre a PEP? ( ) Sim ( )  
Não

Está ciente da política de PEP do hospital? ( ) Sim ( ) Não

##### Nível de conhecimento geral:

Quais dos seguintes são fluidos de alto risco para a transmissão do HIV? (*respostas múltiplas*)

( ) leite materno ( ) urina ( ) fluido peritoneal ( ) saliva  
( ) líquido pleural  
( ) líquido cefalorraquidiano ( ) fezes ( ) líquido sinovial ( )  
Não sei

Quando você acha que a PEP deve ser indicada? (*respostas múltiplas*)

( ) Quando o paciente-fonte está sob alto risco de HIV ( ) Quando o paciente-fonte é  
conhecido como HIV positivo  
( ) Quando o status do HIV do paciente-fonte é desconhecido  
( ) Para qualquer lesão por picada de agulha no local de trabalho  
( ) Não sei

Quais são as medidas de primeiros socorros a instituir após lesão por picada de agulha?

- Promover sangramento ativo da ferida                       Lavar com água e sabão  
 Não sei

Quanto tempo após a exposição deve ser iniciada a PEP?  Dentro de 1 h    Após 72h

- Não sei

Qual é o atraso máximo para tomar a PEP?  12 horas       24 horas       48 horas

- 72 horas                       Não sei

Quantos medicamentos são utilizados no esquema preferencial da PEP?  1                       2

- 3                       Não sei

Quais são os medicamentos antirretrovirais utilizados na PEP? (*um ou mais*)

- Tenofovir                       Dolutegravir                       Lamivudina                       Não sei

Duração da PEP com medicamentos antirretrovirais?

- Durante toda a vida                       2 semanas                       4 semanas                       24  
semanas

- 28 semanas                       Não sei

### III. Exposições e atitude pós exposição

Você se considera em risco de contrair o HIV no seu local de trabalho?  Sim

- Não

Você já teve exposição ocupacional com potencial risco de contaminação por HIV?  Sim

- Não

Quantas exposições você teve nos últimos 12 meses?  Nenhuma       1                     

- 2-3                       ≥ 4

**SE VOCÊ TEVE ALGUMA EXPOSIÇÃO**, qual (quais) tipos de exposição?

- Picada de agulha                       Respingos de sangue / fluidos corporais nas superfícies das  
mucosas

- Outros: \_\_\_\_\_

**SE JÁ TEVE ALGUMA EXPOSIÇÃO**, qual (quais) as circunstâncias da SUA exposição?

(*várias respostas*)

- Durante o manuseio de materiais perfurocortantes                       Durante a cirurgia                        
Aplicando injeções

- Coletando amostras de material biológico                       Durante a entrega/manuseio da amostra

- Outros: \_\_\_\_\_

- Não se aplica

**SE JÁ TEVE ALGUMA EXPOSIÇÃO**, qual (quais) as causas percebidas da SUA exposição?

- Falta de barreiras de proteção no ambiente de trabalho  
 Conhecimento insuficiente sobre equipamentos de proteção individual  
 Acidental  Não se aplica  Outros:  
\_\_\_\_\_

**SE JÁ TEVE ALGUMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL COM POTENCIAL RISCO DE CONTAMINAÇÃO AO HIV**, você fez a triagem ou teste para detecção do HIV?  Sim

Não  Não se aplica

- **SE NÃO**, por que você não fez o teste de HIV?

Não estava ciente da necessidade  Paciente presumido ser HIV negativo

Outras razões: \_\_\_\_\_  Não se aplica

**SE TEVE EXPOSIÇÃO**, você recebeu PEP após a exposição?  Sim  Não

**Se não recebeu a PEP** após a exposição, qual foi o motivo?

- Considerado desnecessário  ARVs não disponíveis  
 A origem do HIV foi negativa  Não ciente da necessidade de tomar PEP após a exposição  
 Não acreditei que pudesse estar infectado com o HIV  Outros:  
\_\_\_\_\_

**Se recebeu a PEP** após a exposição, qual foi o tempo decorrido desde a exposição até o momento em que a PEP foi administrada?

- ≤ 24 Horas  > 24 Horas

**Se recebeu a PEP** após a exposição, qual foi o período de tempo utilizado?  3 dias  15 dias  28 dias

**Se fez uso da PEP**, completou o tempo de uso do medicamento prescrito?  Sim  Não

Se houve abandono da PEP, qual a razão?

- Medo de efeitos adversos  O tempo foi suficiente  A droga não foi eficaz  Outro: \_\_\_\_\_

**Foi realizada triagem pós-exposição da fonte de exposição?**  Sim  Não

**SE FOI REALIZADA TRIAGEM PÓS EXPOSIÇÃO**, qual era o status do HIV da fonte?  Positivo  
 Negativo  Não se aplica