

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

SEXUALIDADE & DST/AIDS:

SEXUALIDADE & DST/AIDS:

GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

SEXUALIDADE & DST/AIDS:

DISCUTINDO O SUBJETIVO DE FORMA OBJETIVA

SEXUALIDADE & DST/AIDS:

SUELY BROXADO DE OLIVEIRA
CLAUDIO GRUBER MANN
CLÁUDIA SIMONE DOS SANTOS OLIVEIRA

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Guia para Profissionais de Saúde Mental
Sexualidade e DST/Aids: Discutindo o Subjetivo de
Forma Objetiva

Brasília - 2002

@ 2002 Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 5.000 exemplares

Edição, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte,SEPN 511, bloco C

CEP:70.750-543, Brasília,DF

Disque Saúde/Pergunte aids:08000611997

Home page:www.aids.gov.br

Organizador:

Instituto Franco Baságlia - IFB

Este Guia foi financiado com recursos do Projeto 914 BRA 59 - UNESCO e CN-DST/AIDS

MANN, C.G., OLIVEIRA, S.B. & OLIVEIRA, C.S.S.

Guia para Profissionais de Saúde Mental/
Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de
forma objetiva — Rio de Janeiro: Instituto Franco
Basaglia/IFB — 2002.

64 p.

1. AIDS 2. Saúde Mental 3. Sexualidade I. IFB

II. Título

Capa: Monica Grandchamp

“Se eu te falar de amor, deixe tuas mãos entre as minhas e teus olhos nos meus. E se, naquele momento, eu não tiver palavras para tanto, deixe que eu colha em teus lábios a certeza de que sempre te amarei.”

Amilton, 32 anos
Usuário de Saúde Mental

Conteúdos

- Apresentação
- Introdução
- AIDS: conceito e epidemiologia
- Formas de Transmissão, Prevenção e Tratamento
- A Epidemia da AIDS e seu impacto nos Serviços de Saúde Mental
- O que é vulnerabilidade ?
 - Características que tornam os Usuários de Saúde Mental mais vulneráveis
- Abordando o usuário HIV+ em Serviços de Saúde Mental
 - Como resguardar o sigilo do status sorológico do usuário de Saúde Mental ?
- Oferecendo a testagem anti-HIV: como aconselhar?
 - O que é aconselhamento?
 - Aconselhamento Pré-Teste
 - Aconselhamento Pós-Teste
- AIDS e Saúde Mental: adesão ao tratamento medicamentoso
- Como realizar a prevenção da AIDS em Serviços Psiquiátricos?
 - É melhor prevenir do que remédio dar
 - Nos bastidores da sexualidade - discutindo o sexo dos loucos
 - O Arsenal do Teatro do Oprimido
 - Jogos, exercícios e técnicas corporais
 - Trocando experiências de uma abordagem participativa
- Bibliografia
- ANEXO:
 - Anexo 1: Interações Medicamentosas (anti-retrovirais e psicotrópicos)
 - Anexo 2: Endereços dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTAs
 - Anexo 3: Endereços dos Serviços de Assistência Especializada - SAEs
 - Anexo 4: Endereços dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Apresentação

É com muita honra que, em nome do Instituto Franco Basaglia, faço a apresentação desse Guia, destinado prioritariamente a profissionais de Saúde Mental e, que sem dúvida, será útil a outros profissionais de saúde, dada sua praticidade e atualidade.

A parceria entre o IFB e os autores dessa publicação remonta a 1999, quando tivemos oportunidade de incluir na programação conjunta dos Institutos Philippe Pinel e Franco Basaglia o tema: Sexualidade, AIDS e Saúde Mental, fazendo parte de um ciclo de debates que durante dois anos teve lugar no Centro de Estudos do Instituto Philippe Pinel, relacionando a Reforma Psiquiátrica e a Clínica.

Continuamos trabalhando juntos nos dois Cursos para Operadores dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos, os Lares Abrigados para pessoas com transtornos mentais. A inclusão desse temário nos cursos era óbvia, mas a forma de abordá-lo era inédita: utilização de recursos de sensibilização com base em metodologia do Teatro do Oprimido, além de uma franqueza e um bom humor, carregados de respeito, desconcertantes.

A parceria se estreitou quando em 2000 apresentamos ao Programa Nacional de DST/AIDS, através de Concurso Público Nacional de Projetos para ONGs a proposta do Curso que inclui em seu Projeto a elaboração desse Guia.

Se a abordagem da sexualidade é quase sempre um suplício para profissionais de saúde, seu entendimento na clientela de portadores de transtornos mentais que freqüentam tanto os hospitais psiquiátricos quanto os serviços abertos, é geralmente incluído no rol de mais um “desequilíbrio”, “falta de limites” e outras simplificações, que mais uma vez justificam uma postura repressiva.

Esse Guia aborda questões que fazem parte dos dilemas cotidianos dos

profissionais de saúde mental que querem praticar uma clínica ética e contemporânea, sobretudo os conceitos de vulnerabilidade e as diversas questões relativas ao aconselhamento.

E como é um Guia prático, tem como Anexos: uma relação de interações medicamentosas entre antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos e anti-retrovirais; os endereços dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) para AIDS e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município do Rio de Janeiro.

Domingos Sávio do Nascimento Alves

Presidente do Instituto Franco Basaglia

Rio de Janeiro, Junho de 2002

Introdução

Há mais de duas décadas, desde o surgimento do primeiro caso comprovado de infecção pelo vírus HIV¹, a AIDS² vem trazendo modificações na cultura e no comportamento sexual da sociedade.

Vimos, a cada dia, a descoberta de novos subsídios na luta contra o vírus HIV: seu mecanismo de retomultiplicação, suas fraquezas, suas novas formas. Vimos também uma democratização da AIDS. Isto é, a epidemia hoje atinge pessoas de diferentes classes sociais, etnias, níveis culturais...

No Brasil, o impacto dessa epidemia ainda é desconhecido entre os usuários de Saúde Mental. Porém, nos últimos anos, os Serviços Psiquiátricos vêm recebendo em suas unidades um maior contingente de pessoas portadoras do HIV, seja nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seja nas internações.

Enfrentar essa epidemia é um desafio que hoje se coloca para os Profissionais de Saúde Mental. Isto nos motivou a elaborar um Guia em sexualidade e DST/AIDS a partir da nossa experiência com pessoas portadoras de transtornos mentais, nas diversas facetas que a AIDS nos apresenta: na prevenção; no tratamento; no aconselhamento e oferecimento da testagem para o HIV; e no monitoramento da adesão aos medicamentos anti-retrovirais.

Este Guia não é uma fórmula pronta e acabada para lidar com as múltiplas situações vivenciadas pelos profissionais no dia-a-dia da assistência. Mas, propõe-se a levantar algumas alternativas de intervenção junto aos usuários, no que diz respeito à sexualidade, prevenção e tratamento das DST/AIDS nos Serviços de Saúde Mental.

¹ HIV é a sigla utilizada para denominar o tipo do vírus causador da AIDS e que significa, em Inglês, Human ImmunoDeficiency Viruses, ou seja, Vírus da ImunoDeficiência Humana.

² Sigla original da expressão em Inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome. Identifica um processo viral que ataca o sistema imunológico humano e destrói as células que defendem o organismo contra infecções. Quando isso ocorre, a pessoa fica vulnerável a uma grande variedade de doenças graves, como pneumonia, tuberculose, Sarcoma de Kaposi e outros tipos de câncer.

AIDS: conceito e epidemiologia

Mesmo vinte anos após a notificação do primeiro caso de AIDS, essa doença tem sido a mais devastadora para a humanidade. Desde o começo da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas já contraíram o HIV em todo o mundo, tendo a AIDS se constituído a 4^a causa de mortalidade nos dias de hoje.

A AIDS foi reconhecida por volta de 1981, nos EUA, quando foram identificados em São Francisco e Nova York um grande número de indivíduos homossexuais adultos do sexo masculino com Sarcoma de Kaposi, pneumonia e comprometimento do sistema imunológico. Estes fatos levaram a crer que surgia uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível.

Somente em 1983 é que o agente etiológico foi identificado e isolado pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV e HTLV-II, respectivamente nos dois países.

Em 1986, um Comitê Internacional recomendou o termo HIV para denominar esse vírus, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos.

O HIV é um retrovírus humano que tem a capacidade de infectar linfócitos (células de defesa) através dos seus receptores CD4. Com isso, a pessoa fica vulnerável a doenças oportunistas que podem levar o doente de AIDS à morte.

E qual é a diferença entre ser soropositivo ou portador do vírus HIV e ter AIDS?

Diferentemente do indivíduo que já está com a doença AIDS instalada, a pessoa HIV positiva ainda não desenvolveu nenhum sintoma ou foi acometida por alguma doença oportunista, podendo ou não vir a tê-los no futuro. Com o avanço da terapia antiretroviral, o indivíduo portador do HIV poderá ou não apresentar, dentro de 15 a 20 anos, alguma sintomatologia da AIDS.

Porém, é importante lembrar que, mesmo o indivíduo sendo apenas portador do vírus HIV ou estar apresentando carga viral³ indetectável, ele poderá

transmitir o vírus, caso tenha algum tipo de comportamento de risco.

Além disso, há a possibilidade de recontaminação deste indivíduo por outra cepa⁴ de HIV mais resistente ou por outra pessoa soropositiva com carga viral maior, acelerando o processo de adoecimento.

Formas de Transmissão, Prevenção e Tratamento

Formas de Transmissão

De acordo com a Coordenação Nacional de DST/AIDS/MS, existem 4 principais vias de transmissão do vírus HIV:

- . Por via sexual;
- . Por via sanguínea (seja por transfusão ou por compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, ou seja, UDI);
- . Por via vertical (da mãe para o bebê, durante a gestação, parto ou aleitamento);
- . Por via ocupacional (devido a acidente de trabalho com material biológico contaminado)

Atualmente, o vírus já foi isolado de vários fluidos corporais como saliva, urina, lágrimas. Somente o contato com sêmen, sangue, secreções genitais e leite materno são fontes comprovadas de infecção para o HIV.

Desde o início da epidemia não se evidenciou nenhum caso de infecção pelo HIV adquirido por quaisquer das seguintes vias: contato interpessoal não-sexual; picadas de insetos; fontes ambientais (como aerossóis, por exemplo); objetos inanimados ou instalações sanitárias.

Com isso, podemos concluir que tais formas alternativas de transmissão são bastante improváveis, não havendo nenhuma justificativa de se isolar e não permitir a participação de indivíduos soropositivos em ambientes sociais, profissionais, domésticos ou escolares.

³ Quantidade de vírus HIV no organismo de uma pessoa infectada, sendo calculada em número de cópias do HIV por ml de plasma.

⁴ Grupo de microorganismos de uma mesma espécie e com as mesmas características.

1) Via sexual:

A mais freqüente forma de transmissão por via sexual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a heterossexual nas relações sem o uso de preservativos. Nos países desenvolvidos, o maior número de casos se dá por relações homossexuais, embora a transmissão por via heterossexual esteja aumentando proporcionalmente à nova dinâmica da epidemia.

E quais são os principais fatores que aumentam o risco de transmissão em uma relação heterossexual?

- . Carga viral elevada;
- . Relação anal receptiva, sem o uso do preservativo;
- . Relação sexual durante a menstruação;
- . Imunodeficiência avançada;
- . Presença de outra DST, principalmente as de origem ulcerativas, tais como cancro mole, sífilis e herpes genital.

2) Via sangüínea:

A transfusão de sangue e seus derivados como meio de transmissão do HIV tem diminuído graças à legislação e à adoção de medidas de controle de qualidade do sangue utilizado no Brasil e em diversos países, principalmente, nos desenvolvidos.

Já a transmissão sangüínea associada ao uso de drogas injetáveis ainda é uma realidade no quadro mundial da epidemia da AIDS, sendo uma via bastante eficaz devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas contaminadas.

Porém, estudos anteriores já demonstraram que o usuário de drogas está sujeito a várias vias de contaminação além da injeção de substâncias por via endovenosa (Gotheil, 1998; Haverkos, 1998; Muñoz et al., 1997). As trocas do sexo por dinheiro ou pela própria droga, além do comportamento sexual promiscuo mais freqüente quando sob o efeito de substância psicoativa, são algumas das vias de contaminação às quais os usuários de drogas estão expostos.

3) Via vertical:

Esta via de transmissão, decorrente da exposição do bebê durante a gestação, parto ou aleitamento, vem aumentando cada vez mais devido ao crescente número de casos em heterossexuais.

A transmissão durante a gestação (intra-uterina) se faz possível durante

qualquer fase da gravidez, sendo menos freqüente durante os três primeiros meses.

Porém, o risco de transmissão do HIV por via vertical pode ser reduzido em até 67% com o tratamento pelo AZT durante a gravidez, parto e sua administração por 6 semanas após o nascimento da criança.

Já a transmissão por aleitamento materno deve ser evitada. A mãe poderá utilizar leite artificial ou recorrer a Bancos de Leite, que fornecem o leite de doadoras após estas passarem por aconselhamento e triagem.

4) Via ocupacional:

Este tipo de transmissão só ocorre quando o profissional de saúde sofre ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de indivíduos soropositivos. Porém, o risco de contaminar-se após exposição percutânea num acidente com sangue contaminado é de apenas 0,3%. Já após exposição de mucosas, este risco cai para 0,1%.

Alguns fatores de risco identificados como favorecedores deste tipo de contaminação:

- . Profundidade e extensão do ferimento;
- . Presença de sangue visível no instrumento que causou o ferimento;
- . O procedimento que resultou na exposição;
- . Carga viral elevada do paciente;
- . Uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelo profissional.

Prevenção

Segundo a CN-DST/AIDS, para cada via de transmissão do HIV, existem estratégias de prevenção utilizadas pelos Programas de Controle da infecção pelo HIV. As principais são:

- . Promoção do uso de preservativos;
- . Promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, com Programas de Redução de Danos;
- . Controle de qualidade do sangue e hemoderivados;
- . Adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico com uso correto dos EPI;
- . Manejo adequado das outras DST.

Tratamento

É muito importante lembrar que, até hoje, a AIDS não possui cura. Porém, já existem diversas possibilidades de tratamento disponíveis para as pessoas vivendo com HIV ou AIDS.

O diagnóstico precoce possibilita, o quanto antes, o início do acompanhamento médico e aumenta as chances de se prevenir as doenças oportunistas e de manter uma boa qualidade de vida.

Esta boa qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS pode ser alcançada graças ao desenvolvimento tecnológico que proporcionou (e ainda proporciona) a descoberta de medicamentos que atuam de diferentes formas sobre o vírus HIV.

A terapia com anti-retrovirais, quando usada correta e adequadamente, pode retardar o aparecimento da AIDS e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos soropositivos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), atualmente existem 3 classes de medicamentos anti-retrovirais: duas delas com atividade sobre a enzima transcriptase reversa e uma sobre a enzima protease do HIV, usadas em terapia combinada⁵:

1) Inibidores da Transcriptase Reversa (ITR):

a) Análogos de Nucleosídeos:

. AZT (Zidovudina), d4T (Estavudina), 3TC (Lamivudina), ddi (Didanosina), ddc (Zalcitabina), ABC (Abacavir).

b) Não Análogos de Nucleosídeos:

. DLV (Delavirdina), EFV (Efavirenz), NVP (Nevirapina)

2) Inibidores de Protease (IP):

. IDV (Indinavir), NFV (Nelfinavir), RTV (Ritonavir), SQV (Saquinavir), APV (Amprenavir).

Os anti-retrovirais são medicações caras, porém, o MS os fornece gratuitamente, desde que o paciente esteja cadastrado em um Programa de DST/AIDS, como é citado na Lei nº 9.313/96:

“Os medicamentos anti-retrovirais constituem um bem público e é de responsabilidade do Governo a disponibilização do tratamento mais adequado

⁵ Popularmente chamada de “coquete”, a terapia combinada é o tratamento anti-retroviral com associação de duas ou mais drogas da mesma classe farmacológica ou de classes diferentes.

aos pacientes portadores do HIV no Brasil".

Esta mesma Lei determina que tal disponibilização deve seguir os parâmetros médico-científicos a serem definidos pela CN-DST/AIDS, que elaborou o documento "Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV", para o uso correto dos medicamentos fornecidos⁶.

Precisamos estar atentos, em nossos Serviços, quanto ao uso dos anti-retrovirais pelos usuários de Saúde Mental. Além dos efeitos colaterais que tais medicações trazem, há as interações medicamentosas com os psicotrópicos (ver Anexo 1).

Outro desafio a ser enfrentado pela Equipe de saúde é em relação à adesão ao tratamento anti-retroviral. Para isso, deve-se acompanhar a administração dos medicamentos, observando o uso correto, horário estabelecido e a frequência prescrita pelo médico. Sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, abordaremos este tema mais adiante.

⁶ Para maiores informações sobre este documento, acessar o Site oficial da CN-DST/AIDS: www.aids.gov.br.

Epidemia da AIDS e seu impacto nos Serviços de Saúde Mental

A epidemia da AIDS vem crescendo rapidamente em todo o mundo. Ela está presente em todos os continentes habitados e foi identificada em praticamente todos os países.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até dezembro de 2001, 40 milhões de pessoas haviam sido infectadas pelo HIV, 37,2 milhões de adultos (sendo 17,6 milhões de mulheres) e 2,7 milhões de crianças menores de 15 anos. Contudo, a própria OMS acredita que esses números não refletem a realidade, pois seus relatórios são baseados nas notificações emitidas pelos Ministérios da Saúde de cada país. Essa forma de coleta de dados é sabidamente incompleta, e muitas vezes, pouco confiável.

Em todo o mundo, mais de 75% das infecções entre adultos acontecem através do relacionamento heterossexual. A maioria dos adultos infectados recentemente encontra-se abaixo dos 25 anos de idade, e 85% a 90% de todas as novas infecções estão ocorrendo nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a categoria de transmissão predominante, desde o início da epidemia, é a sexual. Porém, somente a partir da metade da década de 90, a subcategoria de exposição para a infecção pelo HIV passa a ser a heterossexual, responsável por mais de 50% do total dos casos de AIDS (*Castilho e Chequer, 1997:21*). Seguindo a tendência mundial, ao longo da epidemia, observa-se o aumento de casos de AIDS entre as mulheres. Este aumento justifica-se tanto pelo fato de mulheres usarem drogas injetáveis, quanto pelas altas taxas de prevalência do HIV entre bissexuais masculinos e heterossexuais usuários de drogas injetáveis que infectam suas parceiras através da relação heterossexual. Assim, a razão *homem/mulher*, que mostra a distribuição dos casos de AIDS

notificados segundo o sexo, vai de 28:1 em 1985 a 2:1 em 2001.

Mas qual o impacto da epidemia da AIDS nos Serviços de Saúde Mental?

No Brasil, o impacto dessa epidemia ainda é desconhecido, pois não há qualquer estudo de soroprevalência do HIV nos Serviços de Saúde Mental e, sequer, pesquisas comportamentais que avaliem a vulnerabilidade dos usuários de serviços de saúde mental para a AIDS.

O que é vulnerabilidade?

Com a mudança do perfil da epidemia no Brasil e no mundo, novas demandas são colocadas em relação às abordagens preventivas e assistenciais. Ao contrário do passado, em que apenas alguns grupos eram identificados como sendo de risco para contrair o HIV, hoje a AIDS está cada vez mais associada às mulheres de baixa renda e escolaridade, em idade reprodutiva, de comportamento heterossexual. Esta nova configuração da epidemia revela que não existem mais *grupos de risco*, mas um conjunto de fatores que levam pessoas a contrair o vírus.

Nesta perspectiva, os fatores de riscos estão diretamente relacionados a problemas estruturais subjetivos e objetivos que tornam a população, em geral, mais exposta ao HIV. São eles: a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, a desigualdade de gênero, a falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Foi a partir dessa nova concepção que a noção de vulnerabilidade vem sendo utilizada no sentido de aperfeiçoar estratégias de prevenção do HIV/AIDS.

Características que tornam os Usuários de Saúde Mental mais vulneráveis

Algumas situações particulares de pessoas com doença mental grave podem aumentar seus riscos de exposição ao HIV. Certos aspectos da doença mental podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco, tais como:

- . a dificuldade em estabelecer uniões estáveis;
- . encontrar-se social e economicamente em desvantagem;
- . ser vítima de abuso sexual;
- . estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos;

- . hipersexualidade;
- . impulsividade;
- . baixa auto-estima.

Esses fatores, conjugados com as hospitalizações freqüentes, podem deixar os usuários dos serviços de saúde mental ainda mais vulneráveis ao HIV. Porque se sabe que as re-hospitalizações favorecem a quebra dos relacionamentos sociais e afetivos, o que pode levar os usuários a tornarem-se mais expostos a parceiros desconhecidos. Soma-se a isso, extensos períodos de hospitalização em enfermarias divididas por sexo, que podem favorecer a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo, especialmente entre homens.

Algumas situações de risco não são únicas apenas para pessoas com problema mental grave, mas podem ser vivenciadas mais freqüentemente por elas. A prática sexual com parceiros desconhecidos, por exemplo, diminui a probabilidade de conhecerem seu *status* de HIV. Outra experiência associada ao risco de HIV que está começando a ser apreciada é a vitimização sexual, a qual aumenta a probabilidade de intercurso desprotegido e tem mostrado ser comum entre certos grupos de pacientes internados.

Abordando o usuário HIV+ em Serviços de Saúde Mental

Ao contrário do que muitos pensam, a abordagem do usuário soropositivo deve seguir os mesmos critérios de assistência daquele que não é portador do HIV. Isto é, a orientação quanto às medidas de prevenção em DST/AIDS deve ser fornecida regularmente, principalmente se o usuário estiver se engajando em comportamento de risco.

Nunca é demais lembrar ao usuário soropositivo de que, se ele fizer sexo sem proteção ou compartilhar seringas contaminadas, corre o risco de trazer mais agravos a sua saúde, já tão fragilizada pelo HIV. Porém, estar atento à prescrição dos anti-retrovirais e segui-la corretamente será a garantia do sucesso de seu tratamento.

Devemos também lembrá-lo de que ele pode estar transmitindo o vírus para outras pessoas, caso não tome as medidas de prevenção.

Acreditamos que o vínculo com os usuários seja o maior aliado para a quebra da cadeia de transmissão da AIDS nos Serviços de Saúde Mental.

Como resguardar o sigilo do status sorológico do usuário de Saúde Mental?

Este é um grande desafio a ser enfrentado. Parece que o **sigilo** não é uma prática muito comum nas Instituições Psiquiátricas, seja por parte dos profissionais de Saúde Mental, seja por parte dos próprios usuários, que não têm muito limite ao falar de si para os outros.

Na nossa experiência, observamos que, quando um usuário HIV positivo é admitido em uma Instituição Psiquiátrica, a primeira providência tomada é

colocar em sua papeleta, com letras *garrafais*, a seguinte inscrição: **HIV+**, de preferência em vermelho para chamar bastante atenção. Nós nos perguntamos o porquê disso.

Será que os profissionais evidenciam os soropositivos para melhor cuidar deles e tomar todas as medidas necessárias quanto à proteção de sua saúde durante sua estada na Instituição? Ou é meramente uma forma de discriminação e *pseudo autoproteção* ao tomar mais cuidado quando se aproximar do usuário para realizar qualquer procedimento que envolva fluídos corporais ?

Sinceramente, estamos mais propensos a acreditar que a segunda questão está mais próxima da nossa realidade. Contudo, é importante lembrar aos profissionais de saúde que normas de precauções universais (normais ou básicas de Biossegurança⁷) devem ser aplicadas para todas as situações e pessoas não somente para as que carregam em si um vírus que causa a discriminação, o preconceito e o afastamento daqueles que deveriam cuidar de sua integridade física e mental, daqueles que deveriam prestar-lhe assistência integral, sem discriminar seu estado de saúde e sem ter medo de tocar naqueles que necessitam de sua ajuda.

O conhecimento pode ser a maior arma contra o preconceito, mas há necessidade de se pôr em prática tal conhecimento sem ferir a ética e o bom senso e sem ferir, principalmente, o próprio ser humano.

⁷ São normas e/ou métodos de barreira que, quando aplicadas, diminuem os riscos de contaminação tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Oferecendo a testagem anti-HIV: como aconselhar?

Antes do oferecimento da testagem anti-HIV, é necessário avaliar a existência de comportamentos de risco. Esta avaliação é uma importante oportunidade para os usuários aprenderem sobre os fatores de risco e prevenção da AIDS. Ela pode ser realizada no contato diário pelos profissionais de Saúde Mental porque os usuários são receptivos à educação para AIDS e gostam de discutir com seus terapeutas temas sexuais e de relacionamentos afetivos. Contudo, para se conduzir uma boa avaliação de risco, faz-se necessário possuir conhecimentos básicos sobre HIV e AIDS.

A realização de uma ajuda efetiva no sentido de reduzir os riscos de adquirir ou transmitir a infecção do HIV entre os usuários dos serviços de saúde mental requer um comprometimento dos profissionais que os assistem e, especialmente, uma atitude não preconceituosa sobre os comportamentos relacionados ao HIV.

Sendo assim, a melhor maneira para se saber se o usuário foi exposto ao HIV é perguntando diretamente a ele sobre seus comportamentos passados e atuais.

Para *McKinnon, 1996*, a avaliação de comportamento de risco deve conter as seguintes informações :

- 1) frequência de intercurso sexual (vaginal, anal, oral);
- 2) número, gênero e riscos conhecidos para o HIV dos parceiros sexuais;
- 3) se o paciente costuma trocar sexo por dinheiro, drogas, abrigo, cigarros, etc.;
- 4) história passada e sintomas atuais de doenças sexualmente transmissíveis;

- 5) uso de preservativos e outros métodos contraceptivos;
- 6) uso de drogas;
- 7) compartilhamento de agulhas, seringas e outros equipamentos de injeção.

Por se tratar de questões relacionadas à intimidade e privacidade dos usuários, alguns cuidados devem ser tomados no momento da abordagem, tais como: proceder à entrevista em local privado; resguardar a confidencialidade; considerar os aspectos socioculturais dos usuários; estar atento à linguagem utilizada.

Finalmente, realizar uma avaliação de comportamentos de risco pode levar os profissionais de saúde mental a solicitarem uma testagem para anticorpos do HIV. Para isso, eles devem estar habilitados a realizar o aconselhamento pré e pós-teste ou contarem com uma equipe que o realize.

O que é aconselhamento?

“É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”. (CN-DST/AIDS, 1999)

Ainda de acordo com a CN-DST/AIDS (1999), o processo de aconselhamento em DST/AIDS é composto de elementos fundamentais para sua realização:

- I - apoio emocional;
- II - educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- III - avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco.

Assim, para se proceder ao aconselhamento, deve-se criar um espaço de acolhimento, que, além de fornecer informações objetivas sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento da doença, propicia à pessoa expressar as emoções advindas do seu problema de saúde, verbalizar suas dúvidas e angústias decorrentes de situações de risco que vivenciou e traçar alternativas de redução de risco mais adequadas para si.

Porém, em Saúde Mental, o aconselhamento não se realiza **apenas** através de sessões individuais. Ele pode fazer parte de um processo que vem sendo construído ao longo do tempo. Essa abordagem pode ser utilizada com doentes mentais graves que freqüentam os Centros de Atenção Diária ou mesmo com aqueles que residem em moradias assistidas. Construir uma relação através, por exemplo, de grupos de discussão sobre Sexualidade e AIDS pode ser uma boa alternativa para a realização do aconselhamento de usuários com grave déficit intelectual, dificuldade de manter um diálogo compreensivo com conteúdos delirantes e mesmo com graves prejuízos causados por longos períodos de hospitalização.

Nossa experiência com usuários “crônicos”, residentes em um albergue de uma Instituição Psiquiátrica Pública, mostrou que, após um trabalho realizado durante 10 meses com grupos quinzenais de discussão sobre saúde e sexualidade, dando ênfase à prevenção das DST/AIDS, foi possível identificar quais fatores de risco deixaram alguns residentes expostos ao HIV. Mesmo apresentando graves prejuízos cognitivos, ao serem abordados individualmente, os usuários vulneráveis ao HIV foram capazes de compreender os riscos que correram, as formas de transmissão e prevenção do vírus e de consentir a testagem.

Aconselhamento Pré-Teste

Seguimos as recomendações sugeridas por *Quendo e Tricarico (1996)* para a realização desta fase do aconselhamento. Para os autores, o usuário de Serviços de Saúde Mental requer mais do que uma simples sessão de aconselhamento pré-teste, habitualmente oferecida para a população em geral. São necessárias várias sessões para que o aconselhador tenha oportunidade de estabelecer um vínculo com o usuário afim de que este possa falar abertamente sobre situações íntimas que o levam a possíveis comportamentos de risco, bem como torná-lo apto a adotar práticas mais seguras.

Além disso, na interação com o usuário, o aconselhador terá condições de avaliar se ele é capaz de consentir a realização do teste. Caso contrário, um membro da família terá que ser aconselhado para fazê-lo em seu lugar.

Os conteúdos recomendados para as sessões de aconselhamento pré-

teste são os mesmos para a população em geral: informação sobre o teste de anticorpos para o HIV (explicar o que é período janela), seu propósito e o significado do resultado; benefícios do diagnóstico precoce e importância da adesão ao tratamento; natureza voluntária do teste; circunstâncias nas quais o resultado pode ser revelado, se necessário; o que é AIDS e doenças relacionadas ao HIV; fatores de risco individuais; planos do usuário ao receber o resultado positivo ou negativo; formas de transmissão e prevenção do HIV.

Sem dúvida, para aqueles usuários com grave déficit intelectual, estas informações serão mais difíceis de serem assimiladas de uma só vez. Assim, deve-se simplificar cada item de forma que o usuário compreenda o que está sendo dito. Neste caso, recomenda-se que o conteúdo do aconselhamento pré-teste seja discutido em várias sessões, quando teremos a oportunidade de avaliar o seu grau de compreensão e repassar os pontos que não ficaram suficientemente esclarecidos.

Aconselhamento Pós-Teste

O aconselhamento pós-teste requer muita habilidade do aconselhador, especialmente tratando-se de usuários dos Serviços de Saúde Mental pois estes podem necessitar de um tempo maior para assimilar o significado do resultado e as conseqüências advindas deste.

O aconselhador deve ajudar o usuário a lidar com sua própria responsabilidade sobre o resultado e encaminhá-lo a uma Instituição para tratamento do HIV, caso seja necessário.

Para *Oquendo e Tricarico (1996)*, durante a primeira parte da sessão, o aconselhador revelará o resultado para o usuário e verificará se este está compreendendo o que isto significa. O aconselhador deve pedir ao usuário para explicar a ele o que compreendeu sobre o resultado do teste e deve corrigir qualquer mal entendido. Este processo pode necessitar de ser repetido em outras sessões de aconselhamento.

Nesta oportunidade, também é fundamental trabalhar com o usuário a importância da adesão ao tratamento psiquiátrico, alertando-o para os possíveis comportamentos de risco que pode praticar estando em crise, e rever os conteúdos recomendados nas sessões de aconselhamento pré-teste.

AIDS e Saúde Mental: adesão aos tratamentos medicamentosos

Com a transformação da epidemia da AIDS em pandemia, fizeram-se avanços nos tratamentos medicamentosos, com drogas mais potentes, capazes de serem tão eficazes contra o vírus como também devastadoras do indivíduo no que diz respeito aos efeitos colaterais escondidos pela sombra da melhoria de qualidade de vida às pessoas infectadas.

Diante desta dualidade e situação paradoxal, surge a questão da adesão ao tratamento medicamentoso, que traz à baila a questão da melhora da infecção e, ao mesmo tempo, transforma a rotina dos que necessitam fazer uso dos medicamentos para manterem o nível de carga viral o mais próximo possível do indetectável, além de minimizar os efeitos da doença.

Podemos traçar um paralelo entre a adesão ao tratamento do indivíduo soropositivo com o que utiliza (e utilizará ao longo de sua vida) psicotrópicos para se manterem na “normalidade” e longe das internações em instituições psiquiátricas.

Aliás, este paralelo se torna único quando o indivíduo com transtornos psiquiátricos é soropositivo e necessita ingerir uma série de drogas (psicotrópicos e anti-retrovirais) para continuar vivendo.

E o que fazer quando há dificuldades na adesão ao tratamento anti-retroviral por parte do indivíduo com sofrimento psíquico ?

Enfrentar a AIDS não requer apenas uma ação individualizada, mas também, uma transformação social.

Os profissionais de Saúde Mental devem estar criando sempre ações que possam diminuir a vulnerabilidade: primeiro, estarem se instrumentalizando para lidar com questões da sexualidade dos usuários pois, só assim, poderão conhecer e investigar os comportamento de risco e questões de vulnerabilidade.

Segundo, através do conhecimento, tentarem diminuir o preconceito em abordar o assunto AIDS junto a essa população (pois o conhecimento e as atitudes não podem ser considerados pólos opostos) para, assim, implementar ações que sejam eficazes na diminuição dos fatores de risco para a infecção pelo HIV. E, terceiro, trabalhar a inabilidade que a maioria dos profissionais de saúde (e saúde mental) possui ao lidar com os usuários dos serviços psiquiátricos que são soropositivos.

O trabalho junto à população psiquiátrica na adesão ao tratamento medicamentoso pode seguir o exemplo daquele feito com indivíduos soropositivos. Porém, cada qual com suas especificidades e estratégias de implementação.

No caso dos indivíduos soropositivos, o uso correto dos medicamentos transforma a AIDS em uma doença crônica que pode levar alguns anos para se manifestar. Já com a população psiquiátrica, o uso correto das medicações faz com que o indivíduo mantenha-se integrado na sociedade, longe das crises e internações e, portanto, consciente de tudo o que faz, não estando tão vulnerável ao HIV.

De acordo com *Vitória (2000)*, o termo “adesão ao tratamento” deve ser visto em um contexto no qual o indivíduo não só obedece às orientações fornecidas pela equipe de saúde, mas também entende, concorda e segue o esquema medicamentoso prescrito.

Com o usuário do serviço de Saúde Mental, não é diferente. Deve haver uma negociação entre ambas as partes: usuários e profissionais envolvidos no seu cuidado, sendo estabelecidas as responsabilidades de cada indivíduo que participa do tratamento.

Para isso, os profissionais devem fazer do usuário e de seus familiares aliados para o sucesso da adesão ao tratamento medicamentoso.

Mas, tal sucesso só irá ser efetivo se os profissionais tiverem a consciência e sensibilidade de *democratizarem* seus conhecimentos no tratamento do usuário e na prevenção da propagação do vírus HIV entre tal população pois, se não o fizerem, é bem capaz que a *democratização* da epidemia da AIDS o faça antes.

Como realizar a prevenção da AIDS em Serviços de Saúde Mental?

É melhor prevenir do que remédio dar

Existem várias formas de se realizarem ações de prevenção em DST/AIDS. Mas, para que estas ações sejam eficazes no controle da epidemia, fazem-se necessárias intervenções que ultrapassem os limites das informações racionais e científicas sobre a vida sexual.

Fornecer *apenas* informações sobre o corpo, suas funções, seu desenvolvimento fisiológico e seu papel reprodutivo não é suficiente para a compreensão da dinâmica da experiência sexual. É importante que o profissional de Saúde Mental tenha uma melhor compreensão da visão que o próprio usuário tem da sua sexualidade.

Porém, para que o profissional tenha essa compreensão, é fundamental que ele estabeleça uma relação de confiança necessária à interlocução com o usuário no momento da intervenção, que pode ser realizada nos atendimentos **individuais** ou **em grupo**, através de oficinas.

Cabe lembrar que sentir-se confortável para discutir assuntos relacionados à sexualidade também é condição necessária para o desenvolvimento do trabalho. Caso contrário, a proposta de prevenção poderá não ter êxito.

Outro fator importante a ressaltar é a necessidade do profissional escolher um ambiente apropriado, que resguarde a confidencialidade dos assuntos tratados.

Por exemplo: nossa experiência tem mostrado que a Oficina de Sexualidade é uma boa alternativa de se realizar a prevenção. Os grupos são formados por usuários de ambos os sexos, o que possibilita uma rica troca de experiências,

além da discussão a respeito das diferenças de gênero.

E como resguardar o sigilo dos assuntos abordados na Oficina?

Inicialmente é estabelecido um contrato com os participantes. Todos os assuntos discutidos no grupo não poderão ser revelados fora daquele espaço, a não ser questões objetivas como informações sobre cuidados com a saúde.

A quebra do contrato é considerada um ato inadmissível, levando o usuário a ser excluído do grupo após discussão com os participantes.

Por quê? Porque essa Oficina se propõe a discutir temas referentes à vida íntima dos usuários, na qual eles podem expressar livremente suas dúvidas e sentimentos em relação a sua sexualidade. Além de enfatizar a importância da prevenção das DST/AIDS, através de técnicas, jogos e dinâmicas que serão apresentadas mais adiante.

Cabe ressaltar que a Oficina inclui a demonstração do uso correto do preservativo e, para isso, é de fundamental importância que a Instituição tenha um Programa de distribuição gratuita e sistemática do mesmo.

Nos bastidores da sexualidade – discutindo o sexo dos loucos

Um tema tão difícil como sexualidade e prevenção, que envolve toda uma gama de sentimentos e emoções, implica numa concepção metodológica específica de troca de conhecimentos e numa reflexão sobre mudanças de comportamento.

O profissional que realmente se dispõe a engajar-se na construção de uma mentalidade preventiva em Saúde Mental deve estar disposto a confrontar suas próprias emoções e sentimentos, conceitos e preconceitos, compartilhar dificuldades, buscar soluções e tomar decisões.

Esse processo, como mencionado anteriormente, não deve ser meramente expositivo. Os temas que envolvem um trabalho de prevenção e sexualidade devem ser VIVENCIADOS de forma simples e divertida, ajudando a reduzir bloqueios e ansiedades.

Nesse contexto o arsenal de técnicas do Teatro do Oprimido se apresenta como uma das ferramentas para a abordagem de questões delicadas, tanto no âmbito intrapessoal como interpessoal, relacionadas a temas, como:

Sexualidade, AIDS e Saúde Mental, revelando a **subjetividade** que os envolve.

A utilização desse conjunto de técnicas proporciona um processo de aprendizagem e construção de conhecimento que leva em consideração as experiências dos participantes, facilita a discussão e reflexão coletiva, através de diferentes linguagens e permite coletivizar o conhecimento individual, de modo a potencializar o conhecimento de todos.

Essa sua particularidade facilita a discussão dos temas ligados a prevenção e sexualidade. É uma forma criativa de buscar novas maneiras de ser, conviver e trabalhar, mobilizando os profissionais de Saúde Mental para uma assistência mais integral e mais próxima àquelas recomendadas pela Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, apresentamos um caminho possível para que o profissional possa, com menos preconceitos e tabus, discutir sobre sexualidade, contribuindo, assim, para mudanças de comportamento, tratando de temas tão complexos de forma lúdica.

O Arsenal do Teatro do Oprimido

“Não é o produto acabado que deve ser popularizado, mas sim os meios de produção.”

Augusto Boal

O Teatro do Oprimido (TO) redimensiona o *Teatro* e o torna um instrumento eficaz na compreensão e na busca de alternativas para problemas sociais e pessoais, propõe a transformação do **espectador (ser passivo)** em **protagonista (sujeito criador, transformador)**, estimulando-o a refletir sobre o passado, transformar a realidade no presente e inventar o futuro.

Segundo Boal *“a linguagem teatral é uma linguagem humana por excelência, e a mais essencial. Sobre o palco, atores fazem exatamente aquilo que fazemos na vida cotidiana, a toda hora em todo lugar”*. Ela facilita a reflexão sobre a importância dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico a uma vida completa, sem restrições ou barreiras, o reconhecimento das máscaras do inconsciente, revelando emoções reais e imaginárias da sexualidade à luz da psiquiatria.

É importante que o profissional que se dispõe a trabalhar com o Teatro

do Oprimido não descaracterize sua metodologia, tão rica em informações e possibilidades.

O profissional deve procurar conhecer mais profundamente a teoria e as técnicas criadas por Augusto Boal e certificar-se que sua prática não se distancia da essência do TO.

Jogos, Exercícios e Técnicas Teatrais

Hipnotismo colombiano

Em duplas, um participante põe a mão a poucos centímetros do rosto do outro: este, como hipnotizado, deve manter o rosto sempre à mesma distância da mão do hipnotizador. A ponta dos dedos à testa e a base da mão ao queixo. O líder inicia uma série de movimentos com as mãos, retos e circulares, para cima e para baixo, para os lados, fazendo com que o companheiro execute com o corpo todas estruturas musculares possíveis, fazendo com que o outro faça movimentos diferentes do cotidiano. A mão hipnotizadora pode mudar, para fazer, por exemplo, com que o participante hipnotizado seja forçado a passar por entre as pernas do hipnotizador. As mãos do hipnotizador não devem, jamais, fazer movimentos muito rápidos, que não possam ser seguidos. Depois se troca: quem era hipnotizado passa a ser hipnotizador. Após isso, os dois se hipnotizam. E por fim, faz-se com trios.

Floresta de sons

Em duplas, um será o guia (de olhos abertos) e o outro será o guiado (de olhos fechados). O guia irá emitir um som previamente combinado entre a dupla que o companheiro deverá seguir. O guia deve variar o volume e a distância. Se o som parar, o guiado deve parar. Ao mesmo tempo, todas as duplas andam pela sala lentamente (cada uma com seu respectivo som). Após 5 minutos, invertem-se os papéis.

Imagem da hora

Pedir que o grupo caminhe pela sala e conforme a consigna fazer as ações correspondentes aos horários sugeridos. Os horários serão constituídos de uma seqüência sucessiva de horas-chaves. Às vezes, a hora será determinada

com precisão: meio-dia, dez horas. Cada participante permanecerá imerso, circunscrito a seu próprio mundo particular, sem que tenha algum contato com os outros. Ao ouvir a ordem *Parem!*, todos cessarão suas atividades e preparar-se-ão para a etapa seguinte. Pode-se dizer datas importantes como Aniversário, Natal, geralmente finalizando com o Ano Novo.

Completar imagem

Dois participantes cumprimentam-se, apertando as mãos. Congela-se a imagem. Pede-se ao grupo que diga quais os possíveis significados que a imagem pode ter: é um encontro de negócios? Amantes partindo para sempre? Várias possibilidades são exploradas. Um dos participantes da dupla sai e o diretor pergunta à platéia sobre significados possíveis da imagem que resta, agora solitária. Outro participante é convidado a entrar na imagem completando-a, pode tocar, mas não pode modificar o corpo do outro. O primeiro participante continua imóvel, dando-lhe um outro significado. Depois, sai o primeiro participante e um quarto entra na imagem, sempre saindo um, ficando o outro, entrando o seguinte. Depois desta demonstração, todos se juntam em pares e começam com uma imagem de um aperto de mãos e nessa mesma dupla começam o processo. Um parceiro se retira da imagem, deixando o outro com sua mão estendida. Agora, em vez de dizer o que pensa o que esta nova imagem significa, o parceiro que saiu retorna e completa a imagem, mostrando o que vê com um possível significado seu: coloca-se numa posição diferente, mudando o significado da imagem. Então, o segundo parceiro sai, observa e, depois, reentra na imagem, mudando o significado outra vez. E assim por diante, um parceiro de cada vez, estabelecendo um diálogo de imagens. Depois pode-se pedir para trocar as duplas. Além disso, pode-se incluir um objeto ou mesmo fazer em trios.

Um, dois, três de Bradford

Em dupla, face a face.

1ª parte: os dois participantes de cada dupla contam até três, em voz alta, alternadamente: o primeiro participante dirá um; o segundo, dois; o primeiro, três; o segundo, um; o primeiro, dois; o segundo três, e assim por diante. Devem tentar contar o mais rápido possível.

2ª parte: ao comando do coringa em vez de dizer um, o primeiro participante passará a fazer um som e um gesto rítmicos, e nenhum dos dois dirá mais a palavra “UM”, que se transformará em um movimento rítmico e um som inventados pelo primeiro participante. O som e ação criados pelo primeiro no início dessa segunda seqüência devem ser repetidos fielmente sempre no lugar do um.

3ª parte: agora, além de um som e de um movimento entrarem no lugar do um, o segundo participante inventará outro movimento para serem feitos toda vez que se for falar a palavra “DOIS”. A dupla jogará por alguns minutos, tentando ser o mais dinâmica possível.

4ª parte: um dos dois participantes substituirá o três por outro som e gesto. Então teremos um tipo de dança, somente com sons e movimentos rítmicos, sem nenhuma palavra.

Vampiro de Estrasburgo

Todos caminham pela sala sem se esbarrar, os olhos fechados e as mãos cobrindo os cotovelos, como proteção. O profissional toca o pescoço de alguém, que passa a ser o primeiro Vampiro de Estrasburgo: seus braços se esticarão para frente, ele dará um grito de horror, e doravante procurará um pescoço para vampirizar. O grito por ele dado permitirá aos outros saberem onde está o Vampiro e tentarão escapar. O primeiro Vampiro encontrará outro pescoço e repetirá o gesto do profissional: um suave toque no pescoço, com duas mãos. O segundo Vampiro dará, igualmente, um grito de horror, esticando os braços, e, então, serão dois vampiros, depois três, quatro, etc. Pode acontecer de um Vampiro vampirizar um outro Vampiro. Nesse caso, o segundo se re-humanizará e dará um grito de prazer; isto indica que alguém se re-humanizou ali perto, mas também que há um vampiro ao seu lado. Devem ser, então, evitadas as regiões mais infestadas de vampiros.

Orquestra e o Regente

O grupo deve se dividir em subgrupos de vozes semelhantes. Cada subgrupo deve criar um som, um movimento e um ritmo. O regente os escuta. Eles devem produzir sempre o mesmo som, repetidamente. Sempre o regente acenará para eles com um gesto ou batuta, regendo o andamento, o volume,

a interpretação. Quando não for solicitado, o participante fica calado, quieto. Desta forma o regente poderá construir sua música, utilizando para isso os vários sons, ritmos e melodias. Cada um deve ter sua vez como regente e, com o mesmo material sonoro, organizar a sua própria música.

Quantos “As” Existem em um “A”

Em círculo, um participante vai até o centro e exprime um sentimento, sensação, emoção ou idéia, usando somente um dos muitos sons da letra “a”, com todas as inflexões, movimentos ou gestos com que for capaz de expressar. Todos os outros participantes, no círculo, repetirão o som e a ação duas vezes, tentando sentir também aquela emoção, sensação, sentimento ou idéia que originou o movimento e o som. Outro participante vai para o centro do círculo e expressa outros sentimentos, sensações, idéias ou emoções, seguido novamente pelo grupo, duas vezes. Quando muitos já tiverem criado os seus próprios “as”, o profissional passa às outras vogais (e, i, o, u). Depois com “sim” e “não”. Depois pode ser usar uma palavra ou frase cotidiana para o grupo.

Ninguém com Ninguém

Em duplas, com uma pessoa ficando sempre de fora. Essa pessoa, o líder, indicará, em voz alta, as partes do corpo com as quais os parceiros deverão se tocar. Por exemplo: cabeça com cabeça (os parceiros devem se tocar com a cabeça); pé direito com o cotovelo esquerdo. Os contatos corporais são cumulativos, não se desfazendo até que se torne impossível obedecer às novas instruções. Os atores podem fazer os contatos sentados, em pé, deitados, etc... Quando for impossível continuar, o líder dirá “ninguém com ninguém”, e todos procurarão novas parcerias e um novo líder (o que sobrar sem parceiros) deverá dar prosseguimento ao jogo.

João Bobo

Começa dividindo o grupo, no mínimo 6, num círculo onde cada um individualmente ao sinal do coringa experimenta seu equilíbrio, parado com os pés paralelos. Deve-se ir o máximo para frente, para trás e para os lados. Depois se coloca um integrante do grupo no centro. Esse componente cruza

os braços e fecha os olhos e começa a se desequilibrar e as pessoas em volta vão orientando-o para o centro. Ele vai para diversas direções, sempre com no mínimo duas pessoas segurando e retornando-o com muito cuidado.

A Imagem da palavra

Em círculo, de costas para o centro, o coringa diz uma palavra. a pessoa vai fazer com o seu corpo uma imagem de qual é o significado dessa palavra para ela. Aos poucos, com a imagem na cabeça, as pessoas vão se virando para o centro. Quando todos estiverem virados, o coringa dá o sinal e ao mesmo tempo todos fazem a sua imagem. Se olham, observam, comentam diferenças e semelhanças. Podendo usar várias palavras. Depois de feito o círculo pode-se pedir que formem grupos por semelhanças. Formado os diferentes grupos eles são comentados pelos outros. O coringa dá a oportunidade de um movimento e ao final uma frase ou palavra para cada um.

Batizado mineiro

Participantes em círculo; cada um, em seqüência, dá dois passos à frente, diz seu nome, diz uma palavra que comece com a primeira letra do seu nome e que corresponda a uma característica que possui ou crê possuir, fazendo um movimento rítmico que corresponda a essa palavra. Os demais participantes repetem duas vezes: nome, palavra e movimento. Quando já tiverem passado todos, o primeiro volta, mas agora numa posição neutra, e são os demais que devem se lembrar da palavra, nome e movimento.

Modelagem

Duas filas, frente à frente, onde cada um vai modelar o seu parceiro. Pegando no corpo do outro e fazendo esculturas variadas, o parceiro deve manter o corpo livre sem resistir ao toque do outro. No fim, pode-se pedir para que todo o grupo forme uma escultura só, onde cada um vai colocando seu parceiro formando uma grande imagem e comentando-a. Depois inverte-se.

Cobra de vidro

Todos em fila indiana e de olhos fechados, o 1º é a cabeça e o último da fila é o rabo da cobra. Os participantes devem tocar na cabeça do seu parceiro da frente, percebendo vários detalhes, sem o auxílio da visão. Andam pelo

espaço, até que a cobra se desfaz. Após alguns minutos, todos devem reconstituir a cobra tentando reconhecer pelo toque quem estava a sua frente.

O líder designado

Em um círculo, todos de olhos fechados e voltados para dentro, o dinamizador (coringa) passa por trás de todos e diz que tocou em alguém (só que ninguém é tocado) e este é o líder: qual a imagem de um líder? Todos abrem os olhos e tentam adivinhar quem é o líder tocado, apontam para ele. Em uma segunda vez, o coringa passa novamente e toca em todas as pessoas pelas costas. Quem é o líder agora? Reforça que, mesmo quem foi escolhido como líder (todos), deve apontar para alguém no momento solicitado pelo coringa. Qual a diferença do primeiro líder para o segundo? O que é um líder? Como vemos o líder?

Círculo de nós

Em círculo, cada um observa quem está a sua direita e quem está a sua esquerda. Soltam-se as mãos, todos andam pelo espaço executando tarefas dadas pelo coringa. A um sinal deste, as pessoas congelam e devem retomar a mão direita de quem estava à direita e a mão esquerda para quem estava à esquerda no círculo inicial, saindo o mínimo possível do lugar, para refazer a roda inicial (sem largar as mãos).

Trocando Experiências de uma abordagem participativa

A abordagem participativa, apresenta múltiplas possibilidades de atuação, onde os Usuários de Saúde Mental devem encontrar uma escuta atenciosa, mais compreensão ao discutir, ao problematizar e ao experimentar. Neste experimentar, surgiram algumas dinâmicas que estimulam discussões de temas relacionados à sexualidade e AIDS, que não fazem parte do Arsenal do TEATRO DO OPRIMIDO e que achamos importante relacionar:

A intimidade num balão

Objetivo: Auxiliar na tomada de consciência dos problemas, curiosidades

e dúvidas relacionadas à sexualidade.

Como fazer: Pedir para todos os participantes que andem pela sala sentindo os pés, as pernas, prestando atenção na respiração até formarem uma dupla. Distribuir um balão, uma folha e um lápis para cada dupla; esta deve inflar o balão e colocar dentro uma pergunta íntima. O facilitador solicitará que os participantes prestem atenção nos códigos: balão entre as costas da dupla, troca de dupla, balão entre a dupla, pedir para misturar os balões. Após o término de uma música, os balões devem ser estourados, as perguntas lidas pelas duplas e respondidas pelo grupão.

Um bonde chamado desejo

Objetivo: Sensibilizar para a construção do cenário da sexualidade à luz da Psiquiatria.

Como fazer: Todos escolherão um ponto da sala para transformar em parada de bonde. Inicialmente, o facilitador será o condutor que só permitirá a entrada do passageiro mediante alguns chamados. Possíveis comandos (exemplos):

- . Quem conversa numa boa sobre sexo;
- . Só entra no bonde quem tem dinheiro;
- . Só entra no bonde quem pratica sexo solitário;
- . Quem acha fácil lidar com a sexualidade do paciente;
- . Quem tem comportamento de risco;

O facilitador sugere a troca do condutor, que elaborará outros comandos a partir do tema da Oficina. Ao final, compartilhar e avaliar a dinâmica.

Vida Diária

Objetivo: Explorar as maneiras pelas quais o preconceito e a discriminação afetam as opções das pessoas na vida diária.

Como fazer: Escreva em cartões alguns dos papéis que as pessoas da comunidade desempenham. Por exemplo: mulher casada, trabalhador migrante, rapaz homossexual de 18 anos, homossexual masculino com HIV, usuário de drogas de 35 anos, profissional do sexo, menina de 17 anos com HIV, mulher grávida, mulher de 50 anos cega, empresário de meia-idade. Em uma folha de papel, escreva uma lista de atividades: ir a uma entrevista de emprego, viajar

para trabalhar, comprar um lote de terra, pedir ao parceiro sexual que use camisinha, ir a uma clínica de saúde, levar seu parceiro para conhecer sua família, fazer planos a longo prazo para você e a sua família, fazer planos longos, ter filhos.

1. Explique ao grupo que isso mostra como pessoas diferentes se sentem em situações do dia-a-dia.
2. Peça a todos que façam uma fila, lado a lado e não muito próximos, no fundo da sala.
3. Dê a cada pessoa um cartão com um papel a ser desempenhado e peça que olhem, mas não digam a ninguém, o que está escrito.
4. Peça a cada um que imagine ser a pessoa que está no cartão e pense por um minuto como seria a sua vida se fosse essa pessoa.
5. Explique que você vai ler uma lista de atividades e perguntar: você pode fazer isso? Peça que cada pessoa dê um passo à frente se a resposta for sim, dentro do papel que lhe coube. Se a resposta for não, ela deve ficar onde está.
6. Leia uma afirmação de cada vez. Quando todas as afirmações tiverem sido lidas, cada um estará em um lugar diferente do ponto de partida.
7. Começando com a pessoa que foi mais longe, peça a cada membro do grupo para revelar seu papel e contar como se sentiu durante o exercício.

O passo da transa (sexo seguro)

Objetivo: Sensibilizar para a construção do cenário da sexualidade à luz da Psiquiatria e discutir sobre prevenção em saúde mental.

Como fazer: Formação dos grupos a partir de elementos afins.

Ex.: todos de olhos pretos, de cabelos curtos, etc...

Entregar para cada grupo um envelope contendo as seguintes frases:

- Dar as mãos;*
- Tirar a roupa;*
- Beijo na boca;*
- Negociar o uso da camisinha;*
- Troca de olhares;*
- Beijo e carícias ardentes;*
- Dizer o nome;*
- Penetração;*

Sair de casa;

Entrar em casa;

Os grupos discutem a ordem das frases e as coloca em uma seqüência determinada pelo mesmo. Ao final, compartilhar e avaliar o que cada grupo construiu.

Teste de Soroprevalência

Objetivo: Auxiliar os participantes a refletirem sobre seus sentimentos com relação a comportamento de risco, AIDS e as DST, discutindo as dúvidas e as dificuldades de manejar essas situações.

Como fazer: Simular uma sala de espera de um laboratório para receber o resultado do teste de soroprevalência, estimulando a criação de um personagem que comente seu comportamento de risco. Distribuir senhas correspondentes ao número dos envelopes contendo o resultado dos testes. Entregar os resultados em grupo, mantendo ainda o personagem criado anteriormente, aproveitar o momento tirando dúvidas sobre HIV/AIDS e fazendo aconselhamento pós-teste. Escolher uma pessoa para entregar o resultado e fazer o aconselhamento do grupo.

Avaliação

Como você se sentiu?

O que é comportamento de risco?

O que causa a AIDS?

Quais são os primeiros sintomas da AIDS?

O que fazer se o teste der positivo?

O que fazer se o teste der negativo?

Pega-Pega da Prevenção

Objetivo: Apresentar algumas formas de prevenção e sondar o conhecimento dos participantes com relação a variadas maneiras de transmissão do HIV.

Como fazer: Separar o grupão em dois subgrupos. Pedir que formem duas filas. O facilitador fará algumas perguntas do tipo:

1. Beijo na boca pega ou não pega AIDS?
2. E sexo oral (boca pênis/boca vagina ou boca/ânus)?

3. E masturbação a dois?
4. E instrumentos que furam ou cortam não esterilizados?

A cada pergunta, um participante de cada equipe, após um sinal previamente combinado, corre para pegar o Angélico (pênis de plástico, um para cada grupo). Esse participante pega o Angélico e grita: PEGUEI. Responde à pergunta feita. Se a resposta estiver correta, o grupo dele ganha um ponto, se a resposta estiver errada, o outro grupo ganha o ponto. A última tarefa é colocar corretamente o preservativo masculino no Angélico. O grupo que ganhar leva uma camisinha feminina.

Propague a Prevenção

Objetivo: Contribuir para a construção de uma mentalidade preventiva.

Como fazer: O facilitador coloca no chão várias figuras de métodos contraceptivos e algumas de métodos de prevenção das DST/AIDS. Os participantes caminham, observando as figuras. Cada participante deve se posicionar próximo ao método de seu interesse. De acordo com cada escolha, o grupo que se formará irá apresentar o método como : uma propaganda para TV, rádio, ou propaganda do Ministério da Saúde. Possíveis perguntas:

1. Quem é responsável pela prevenção?
2. Todos os métodos apresentados são de prevenção das DST/AIDS ?
3. O que é sexo seguro?
4. O que é sexo protegido?
5. Que formas de prevenção você conhece?
6. Quais os cuidados que devem ser tomados na guarda da camisinha?

Bibliografia

- AKHTAR, S, THOMSON JA. Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases-Part I. *J Clin Psychiatry*, 41:(4)134-142, 1980.
- AKHTAR, S et al. Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Dis Nerv Syst*, 38:359-361, 1977.
- ARUFFO, JF et al. Knowledge about AIDS among women psychiatric outpatients. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(3):326-328, 1990.
- AYRES, JRCM. *Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Casa de Edição, 1996.
- BEARZOTI, Paulo. Sexualidade: um conceito psicanalítico Freudiano. *Arq. Neuropsiquiatria*, 1994, No. 52 (1).
- BIRMAN, J, SERRA AA. *Os descaminhos da subjetividade: um estudo da instituição psiquiátrica no Brasil*. Niterói: EDUFF, p. 101-153, 1988.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. Biblioteca de Saúde e sociedade, v. nº 3.
- _____.O sacrifício do corpo e a descoberta da psicanálise: sexualidade e perversão no discurso freudiano. In: *Ensaio de teoria psicanalítica*, vol I, Rio de Janeiro: Zahar, p. 73-83, 1993.
- _____.*Sexualidade na instituição asilar*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- _____.Sexualidade: entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, MA. (org). *AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, p. 109-115, 1994.
- BOAL, A. *200 exercícios e jogos para atores e não-atores com vontade de dizer algo através do teatro*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
- _____.*Jogos para atores e não-atores?* 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

- _____. *O Arco-íris do desejo: o método Boal de Teatro e terapia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- _____. *Stop: C'est Magique!* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- _____. *Teatro do Oprimido e outras poéticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
- _____. *Teatro legislativo: versão beta?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- BRADY, S. A drop-in center model of risk reduction. In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 136-147, 1996.
- CAFÉ, S, VILLARES, MRS, SOUSA, W. *O que é mesmo a sexualidade?* São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1996.
- CAMARGO JR, KR. *As ciências da AIDS & A AIDS das ciências. discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994. História Social da AIDS nº 4.
- CARMEN, E, BRADY, SM. AIDS risk and prevention for the chronic mentally ill. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(6):652-656, 1990.
- CARRARA, S. AIDS e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, MA. (org). *AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, p. 73-108, 1994.
- CASTILHO, EA, CHEQUER, P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, RG. (org). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, p. 17-42, 1997.
- COMMONS, ML et al. Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients. *American Journal of Psychotherapy*, XLVI (4):571-580, 1992.
- COURNOS, F et al. Epidemiology of HIV. In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 3-16, 1996.
- _____. HIV Seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry*, 148(9):1225-1230, 1991.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 3ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1993.
- _____. *História da Sexualidade: a vontade de saber*, 9ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FRANK E, ANDERSON PA. Psychiatric disorders in rape victims: past history and

- current symptomatology. *Compr Psychiatry*, 28:77-82, 1987.
- FRANK E, TURNER SM, STEWART BD et al. Past psychiatric symptoms and the response to sexual assault. *Compr Psychiatry*, 22:479-487, 1981.
- GHERPELLI, MHBV. *Diferente mas não desigual: a sexualidade no deficiente mental*. São Paulo: Editora Gente, 1995.
- GIAMI, A. De Kinsey à AIDS: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, MA. (org). *AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, p. 209-240, 1994.
- GOFFMAN, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. 1ª ed., BA: Amorratu, 1963.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- GOTHEIL, E. The problem of HIV/Aids as Related to Drug Abuse: An Introduction (editorial). *J Addict Dis* 17(4): 1-7, 1998.
- HAVERKOS, H. HIV/AIDS and Drug Abuse: Epidemiology and Prevention. *J Addict Dis* 17:91-103, 1998.
- HOFFMAN, BF et al. Aids: clinical and ethical issues on a psychiatric unit. *Can J. Psychiatry*, 34(9):847-852, 1989.
- JODELET, D. Représentation Sociale: phénomènes, concept et théorie. In: *Psychologie Sociale*, Paris: Presses Universitaires de France, 1984.
- JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, PA, JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, p. 297-323, 1994.
- JOHNSON, AR, STRYKER, J (orgs). *The social impact of AIDS in the United States*. Washington, DC: National Academy Press, pp. 1-116; 243-302, 1993.
- JOHNSON, R, PLANANSKY K. Schizophrenia in men: the impact on their wives. *Psychiat Q*, 42(7):146-155, 1968.
- JOVCHELOVITCH, S & GUARESCHI, P A. *Textos em Representação Social*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- KAPLAN, H, SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 464-494, 1993.
- KAPLAN, M, HERMAN, R. Cognitive-behavioral risk reduction groups for teaching safer sex. In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 125-

135,1996.

KEITNER, GI et al. Copatient relationships on a short-term psychiatric unit. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(2):166-170, 1986.

KEITNER, GI, GROF, P. Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(3): 188-193,1981.

KELLY, JA et al. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *Am J Psychiatry*, 149(7): 886-889, 1992.

LONGO, PH & SILVA, EF. *O Livro das Oficinas*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Velocidade, 1998.60 p.

LÓPEZ, PQ & LÓPEZ, FV. Algunos aspectos de la vida sexual de los enfermos mentales cronicos. *Rev. Psiquiatría* VIII: 791-803, Chile, 1991.

MANN, CG & OLIVEIRA, SB. Oficina de Saúde & Sexualidade: um novo dispositivo de saúde mental em tempos de AIDS In: Cadernos IPUB, nº 19, *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

MANN, CG *Sexualidades & Saúde Mental: um olhar institucionalizado*. Monografia de final do Curso de Especialização de Assistência ao Psicótico. Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

_____. *HIV & Loucura: os dois lados da mesma moeda*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.

MANN, J, TARANTOLA, DJM, NETTER, TW. (orgs.). *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993. História Social da AIDS nº 1.

McKINNON, K. Risk behavior assessment In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 47-56, 1996b.

_____. Sexual and drug-use risk behavior. In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 17-46, 1996a.

MENON, AS et al. The high prevalence of unsafe sexual behaviors among acute psychiatric inpatients: implications for AIDS prevention. *J Nerv Ment Dis*, 182:661-666, 1994.

MEYER, I et al. HIV Seroprevalence among long-stay patients in a state psychiatric

- hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(3):282-283, 1993.
- MINAYO, MCS. O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde, 2ª ed., São Paulo: HUCITEC - Abrasco, 1993. pp. 197 - 248.
- MIRANDA, FAN. *Doente Mental: sexualidade negada?*. Dissertação de Mestrado, EERP/USP, Ribeirão Preto, 1996.
- MORGAN R, ROGERS J. Some results of the policy of integrating men and women patients in a mental hospital. *Social Psychiatry*, 6:113-116, 1971.
- MOSCOVICI, Serge. A Representação Social da Psicanálise. 1ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MULLEN PE, ROMANS-CLARKSON SE, WALTON VA, et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1:841-845, 1988.
- MUÑOZ, D; TRUJILLO, L; GOTUZZO, E; NIZAMA, M; WATTS, D. Práticas sexuais de risco y seroprevalencia de infección por VIH-1, HTLV-1, sífilis y hepatitis B en varones drogadictos no endovenosos de Lima. *Rev Med Hered* 8(3): 92-103, 1997.
- NESTORS JN et al. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch Sex Behavior*, 10:421-441, 1981.
- NININGER,JE. Inhibition of ejaculation by amitriptyline. *Am J Psychiatry*, 135:750-771,1978.
- OLIVEIRA, SB et all. *Avaliação do Comportamento Sexual, Conhecimentos e Atitudes em relação à AIDS: um estudo entre indivíduos com distúrbios mentais internados*. Rio de Janeiro: mimeo, 1997.
- OLIVEIRA, SB. *Loucos por sexo: um estudo sobre a vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental para o HIV*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- OQUENDO M, TRICARICO, P. Pre and Post-HIV test counseling. In: *AIDS people with severe mental illness: a handbook for mental health professionals*. Edited by Francine Cournos and Nicholas Bakalar, p. 97-112, 1996.
- PLANANSKY K, JOHNSTON R. The incidence and relationship of homosexual and paranoid features in schizophrenia. *J Men Sci*, 108:604-615, 1962.
- RIBEIRO, PRM, NEPOMUCENO, DM. Sexualidade e deficiência mental: um estudo sobre o comportamento sexual do adolescente excepcional institucionalizado. *Jbras Psiq*, 41(4):167-170, 1992.
- ROMÁN, MRM et al. Sexualidad y esquizofrenia. *Acta psiquiát psicol Am lat*,

40(3):195-206,1994.

SACKS, MH et al. HIV-related risk factors in acute psychiatric inpatients. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(4):449-451, 1990.

SEEMAN, MV, LANG, M, RECTOR N. Chronic schizophrenia: a risk factor for HIV? *Can. J. Psychiatry*, 35(9):765-768, 1990.

SEWELL, DD. Schizophrenia and HIV. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3):465-473, 1996.

SPINK, JM. *O Conhecimento no Cotidiano- as representações sociais na perspectiva da psicologia social*, 1ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.

STEFAN, MD & CATALÁN, J. Psychiatric patients and HIV infection: a new population at risk? *British Journal of Psychiatry*, 167:721-727, 1995.

STEINER, J et al. Knowledge about and risk factors for AIDS in a day hospital population. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(7):734-737, 1992.

STEVENSON, Y et al. *HIV/AIDS risk among severely mentally ill adults: patterns, predictors, and gender differences in risk* Center for AIDS intervention research. Medical College of Wisconsin. Paper presented to the XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada, July, 1996.

SUNDRAM, CJ, STAVIS PF. Sexuality and mental retardation: unmet challenges. *Mental Retardation*, 32(4):255-264, 1994.

VERHULST, J, SCHNEIDMAN, B. Schizophrenia and sexual functioning. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(4):259-262, 1981.

VITÓRIA, MAÁ. Adesão ao Tratamento Anti-retroviral In: *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1ª Ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

WASOW, M. Sexuality and the institutionalized mentally ill. *Sexuality and Disability*, 3:3-16, 1989.

WINFIELD, I et al. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *Am J Psychiatry*, 147(3): 335-341, 1990.

*Aos usuários, razão maior deste trabalho.
Sem eles esta reflexão seria impossível.
Nosso profundo respeito, afeto e gratidão
por tudo o que nos ensinaram, na longa e
muitas vezes penosa caminhada que
empreeendemos juntos.*

ANEXO

ANEXO 1

Interações Medicamentosas dos Psicotr3picos com Anti-retrovirais⁸

Estamos listando aqui as drogas de uso psiqui3trico e os anticonvulsivantes cujo uso concomitante com alguns anti-retrovirais j3 foram estudados.

Nenhuma fonte consultada 3 de origem brasileira, portanto, alguns medicamentos utilizados s3 no Brasil n3o tiveram seus efeitos colaterais observados, quando utilizados em esquemas contendo anti-retrovirais.

Al3m disso, existem pequenas diferen3as entre as fontes quanto 3 magnitude das intera33es.

Sugerimos que todas as medica33es que n3o constam deste anexo sejam prescritas com cautela e monitoradas permanentemente.

Este anexo teve como fontes: Johns Hopkins AIDS Service; HIV In Site UCSF; Medscape HIV Clinical Management Series; Liverpool HIV Pharmacology Group.

⁸ Texto e tabelas extra3dos do *Manual de Assist3ncia Psiqui3trica em HIV/AIDS* da Coordena33o Nacional de DST/AIDS - Minist3rio da Sa3de.

Ansiolíticos / Hipinóticos

Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Nevirapina	Delavirdina	Efavirenz
Cautela	Não usar	Cautela	Cautela	Cautela	Liberado	Cautela	Cautela
Lorazepam	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado
Alprazolam	Não usar	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Não usar	Cautela
Clorazepato	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela
Flurazepam	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Liberado	Cautela	Cautela
Midazolam	Não usar	Não usar	Não usar	Não usar	Cautela	Não usar	Não usar
Zolpidem	Cautela	Cautela	Cautela	Sem dados	Cautela	Cautela	Cautela
Estazolam	Cautela	Cautela	Cautela	Sem dados	Cautela	Cautela	Cautela

Anticonvulsivantes

Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Nevirapina	Delavirdina	Efavirenz
Carbamazepina	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Não usar	Cautela
Clonazepam	Sem dados	Cautela	Sem dados	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela
Fenobarbital	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Não usar	Cautela
Fenitoína	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Não usar	Cautela
Acido Valpróico	Liberado	Cautela	Cautela	Liberado	Cautela	Liberado	Cautela
Lamotrigina	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado

Neurolepticos

Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Nevirapina	Delavirdina	Efavirez
Liberado	Cautena	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado
Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado	Liberado
Clorpromazina	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Liberado	Cautela	Liberado
Clozapina	Não usar	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado
Pimozide	Não usar	Cautela	Cautela	Cautela	Liberado	Cautela	Cautela
Pioridazina	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado	liberado	Liberado	liberado

Antidepressivos

Indivavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Nevirapina	Delavirdia	Efavirenz
Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado
Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado
Nortriptilina	Cautela	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado
Fluoxetina	Cautela	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Cautela	Liberado
Paroxetina	Cautela	Liberado	Liberado	Cautela	Liberado	Liberado	Liberado
Sertralina	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela
Nefazodon	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela	Cautela

ANEXO 2

Centros de Testagem e Aconselhamento⁹

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são unidades da rede básica de saúde que têm como objetivos:

- . expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV;
- . contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV;
- . estimular a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infectados pelo HIV) para os serviços de referência;
- . auxiliar pessoas vivendo com HIV e AIDS no processo de adesão ao tratamento anti-retroviral;
- . absorver a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue;
- . estimular o diagnóstico de parceiros (as) sexuais;
- . auxiliar os serviços de pré-natal na testagem sorológica de gestantes;
- . levar informações sobre a prevenção das DST, da AIDS e do uso indevido de drogas para populações específicas.

A principal meta para os CTA é a sua incorporação por parte dos serviços de atenção à saúde, por meio de articulações locais com as secretarias de saúde. Com isso serão garantidos os insumos e o pessoal especializado. Segundo as diretrizes do SUS sobre humanização dos serviços e descentralização, os CTA desempenham um importante papel no desenvolvimento destas diretrizes por parte de outros serviços de testagem na rede de saúde.

Unidade Integrada de Saúde Rocha Maia

Rua General Severiano, nº 91 - Botafogo

CEP: 21290-000

Tel.: 2295-2295 / Ramal 234

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Av. Pres. Vargas, 2863 - Praça Onze

CEP: 20210-030

Tel.: 22293-2255

Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro

Av. Min. Edgar Romero, 276 B – Madureira

⁹ Texto e endereços retirados do site oficial da Coordenação Nacional de DST/AIDS: www.aids.gov.br

CEP: 21360-200

Tel.: 2390-1217

Hospital Universitário Gaffré e Guinle

Rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca

CEP: 20270-004

Tel.: 2568-4244

Hospital-Escola São Francisco de Assis

Av. Pres. Vargas, 2863 Praça Onze

CEP: 20120-030

Tel.: 2293-9443

ANEXO 3

Serviço de Assistência Especializada - SAE¹⁰

O que são os SAEs?

São unidades ambulatoriais de referência compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Niterói

Centro Previdenciário de Niterói

Rua Desembargador Athayde Parreiras, 266/3º andar - Fátima

CEP: 26340-440

Tel.: 2620-0088

Nova Iguaçu

Centro de Saúde Dr. Vasco Barcelos

Rua Bernardino de Melo, 1.895 - Vila Cava

CEP: 26052-060

Tel.: 2667-3614

Rio de Janeiro

Hospital Municipal Rocha Maia

Rua General Severiano, 91 - Botafogo

CEP: 22290-000

Tel.: 2295-2295

¹⁰ Texto e endereços retirados do site oficial da Coordenação Nacional de DST/AIDS: www.aids.gov.br

ANEXO 4

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

O que são os CAPS?

São serviços de atendimento aos pacientes portadores de *transtornos mentais, alternativos à hospitalização convencional, que prestam atendimento por 8 ou 12 horas, ou mesmo por 24 horas. Faz parte da rotina destes serviços oficinas terapêuticas e de prevenção as DST/HIV/AIDS, contando inclusive com aconselhamento e oferecimento do teste anti-HIV, além de auxiliar no monitoramento da adesão aos anti-retrovirais para aqueles usuários portadores do HIV/AIDS. Consultas com psiquiatras, psicólogos e assistente sociais, complementadas por administração de medicamentos e a disponibilização de refeições, fazem parte da proposta de assistência a estes pacientes.

CAPS - Ernesto Nazareth

R. Paranapuã, 435/Freguesia - Ilha do Governador

CEP: 21910-002

Tel.: 3396-5602

CAPS - Lima Barreto

Av. Ribeiro Dantas, 571 - Bangu - (Guilherme da Silveira)

CEP:21870-170

Tel.: 3331-8500/3331-0556 (ramal 256)

CAPS - Pedro Pellegrino

Praça Major Vieira de Mello, 13/Comari - Campo Grande

CEP: 23045-400

Tel.: 2419-0669

Fax: 2413-5660

CAPS - Rubens Corrêa

Rua Capitão Eliatar Martins, 231 – Irajá

CEP: 21220-660

Tel.: 2481-4936

CAPS - Simão Bacamarte

Av. Senador Camará, 224 - Santa Cruz

CEP: 23515-020

Tel.: 3395-1125

CAPS - Arthur Bispo do Rosário

Estrada Rodrigues Caldas, 3.400 – Jacarepaguá

CEP: 22713-370

Tel.: 2446-5177

EAT - Espaço Aberto ao Tempo

Rua Ramiro Magalhães, 521 - Engenho de Dentro

CEP: 20730-460

Tel.: 2596-0400/2596-8600

Casa do Engenho

Rua Ramiro Magalhães, 521 - Engenho de Dentro

CEP: 20730-460

Tel.: 2596-5546

CAIS - IPP

Av. Venceslau Brás, 65 – Botafogo

CEP: 22290-140

Tel.: 2542-3049 (ramal 2099)

Fax : 2275-5694

E-mail: cais@ipp.gov.br

CAD - Luís Cerqueira- IPUB

Av. Venceslau Brás, 71, fundos – Botafogo

CEP: 22290-140

Tel.: 2295.2549/2295-7449 (ramal 239)

Fax: 2543-3101

E-mail: ipub@ipub.ufrj.br

CAPSI - Pequeno Hans (Infanto-Juvenil)

Rua Oliveira Braga, 211 – Realengo

CEP: 21715-000

Tel.: 2401-5507

NAICAP - IPP (Infantil)

Av. Venceslau Brás, 65 – Botafogo

CEP: 22290-140

Tel.: 2542-3049 (ramal 2101)

Fax: 2275-5694

E-mail: ipp@ipp.gov.br

Casa Cor (Infanto-Juvenil)

Rua Ramiro Magalhães, 521 - Engenho de Dentro

CEP: 20730-460



DISQUE SAÚDE
0800-61-1997

www.aids.gov.br

