

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/AIDS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL:

ANÁLISES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Brasília - DF
2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

**PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/AIDS
NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL:
ANÁLISES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
SÉRIE PESQUISAS, ESTUDOS E AVALIAÇÃO, N. 11

BRASÍLIA - DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Pesquisas, Estudos e Avaliação, n. 11

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 3.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C

CEP: 70750-000, Brasília-DF

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

E-mail: aids@bvs.gov.br / edição@bvs.gov.br

Home page: www.aids.gov.br

Organizador responsável

Mark Drew Crosland Guimarães

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

Co-organizadores

Francisco de Assis Acurcio

Departamento de Farmácia Social

Faculdade de Farmácia

Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina de Albuquerque Possas

Márcio de Sá

Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Programa Nacional de DST e Aids

Revisão

Bruna Alvarenga Fanis

Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Programa Nacional de DST e Aids

Edição

Assessoria de Comunicação - ASCOM/AIDS

Angela Gasperin Martinazzo

Dário Noleto

Isabela Cavalcanti de Faria

Mylle Priscilla Müller Nunes

Telma Tavares Richa e Sousa

Projeto gráfico, capa e diagramação

Alexsandro de Brito Almeida

Foto capa

Victor Augusto Franco de Lima (detalhe obra Darlan Rosa)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil : análises, desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

252 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pesquisas, Estudos e Avaliação; n. 11)

ISBN 978-85-334-1521-8

1. Infecção. 2. Aids. 3. Saúde mental. I. Título. II. Série.

CDU 616.98

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0903

Títulos para indexação:

Em inglês: STI/Sida prevention and health care in mental health of Brazil: analysis, challenges and perspectives

Em espanhol: Prevención y cuidados en ITS/Sida en salud mental en Brasil: análisis, desafíos y perspectivas

AGRADECIMENTOS

Aos participantes entrevistados no Projeto PESSOAS, nosso agradecimento especial.

Aos serviços participantes, pela parceria e compromisso assumido.

Aos supervisores do Projeto PESSOAS, pelo envolvimento no Projeto e pelo competente trabalho desenvolvido.

Às Coordenações Estaduais de DST e Aids do Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins e à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais, pela participação no treinamento do Projeto PESSOAS e apoio aos serviços participantes.

À Unidade de Laboratório do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (ULAB/PN-DST/AIDS) pela aquisição dos insumos laboratoriais e transporte das amostras de soro para o Instituto Octávio Magalhães/Fundação Ezequiel Dias.

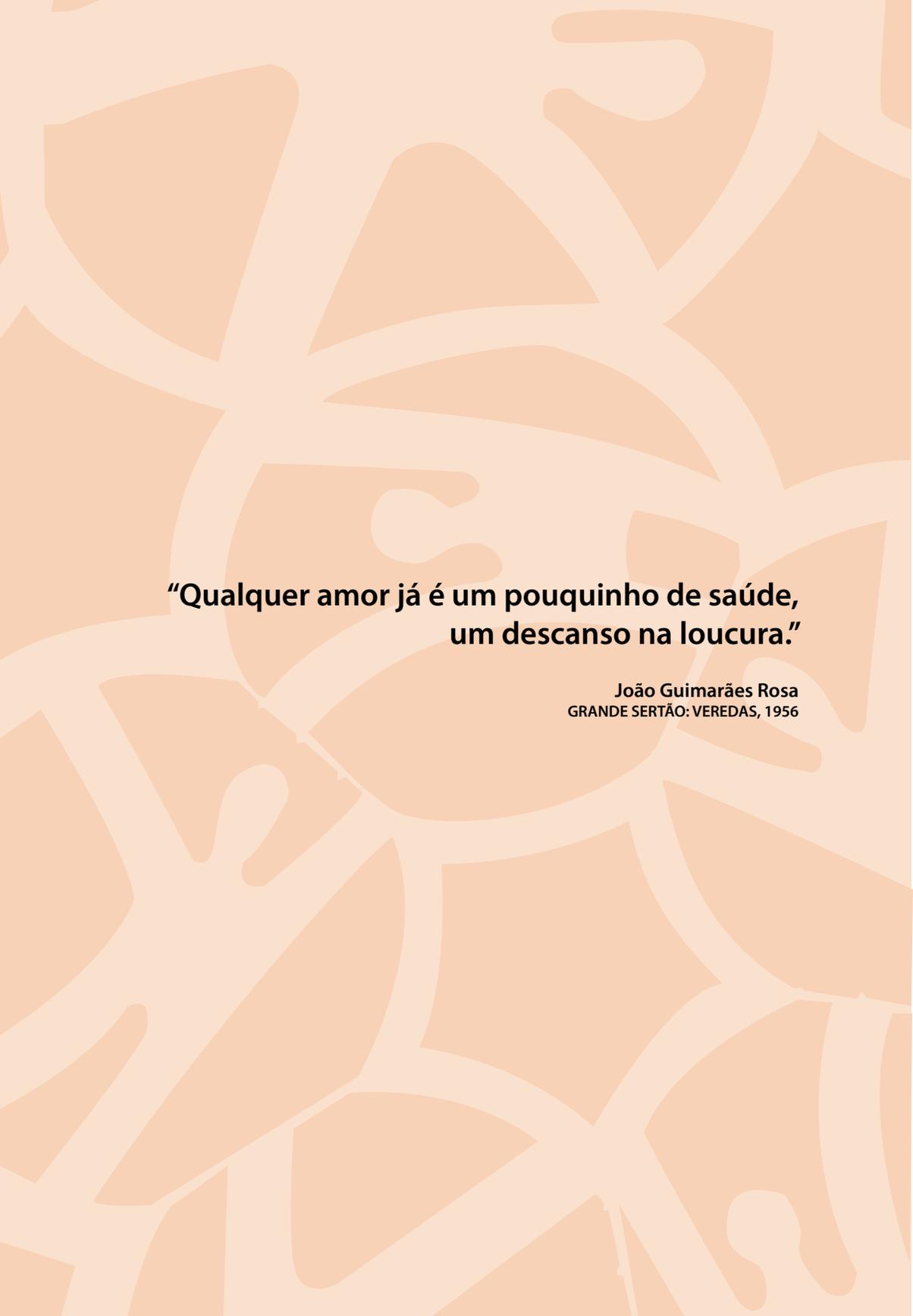
À Unidade de Gerenciamento de Amostras Biológicas, à Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças, ao Serviço de Virologia e Riquetsioses e ao Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas do Instituto Octávio Magalhães/Fundação Ezequiel Dias, pela participação na logística laboratorial e realização das sorologias.

A Chequer Buffe Chamone, Francisco Silvério de Assis Rocha, Sônia e Marluce, do Instituto Octávio Magalhães/Fundação Ezequiel Dias, pela colaboração na logística laboratorial e realização das sorologias.

À professora Arminda Lúcia Siqueira e à estagiária Taynãna César Simões, pela colaboração no plano amostral.

Aos estagiários e bolsistas de iniciação científica do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS), pela participação nas diversas fases do Projeto.

À CAPES, pelo apoio ao organizador, Mark Drew Crosland Guimarães, durante seu programa sabático no *HIV Center for Clinical and Behavioral Studies*, Columbia University, USA, quando foi possível preparar este documento.



**“Qualquer amor já é um pouquinho de saúde,
um descanso na loucura.”**

**João Guimarães Rosa
GRANDE SERTÃO: VEREDAS, 1956**

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/HIV/AIDS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	13
CAPÍTULO 2 O DESAFIO DE CONSTRUIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL E IST/AIDS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
CAPÍTULO 3 SÍNTESE DE REVISÃO DA LITERATURA: PREVALÊNCIA DE IST E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	31
CAPÍTULO 4 PROJETO PESSOAS - METODOLOGIA DOS COMPONENTES QUANTITATIVO E QUALITATIVO	33
CAPÍTULO 5 PROJETO PESSOAS - RECRUTAMENTO E ANÁLISE DESCRITIVA	51
CAPÍTULO 6 PROJETO PESSOAS - AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	71
CAPÍTULO 7 PROJETO PESSOAS - PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A AIDS E SUAS FORMAS DE PREVENÇÃO	85
CAPÍTULO 8 MODELOS DE INTERVENÇÃO: UMA ALTERNATIVA DE PREVENÇÃO ÀS IST/HIV PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS – PROJETO PRISMA	109
CAPÍTULO 9 PROJETO PESSOAS - DISCUSSÃO, RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS	127

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRELIMINAR	137
ANEXO B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	142
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	180
ANEXO D – PROTOCOLO GERAL	202
ANEXO E – CONTROLE DE AGENDAMENTOS	212
ANEXO F – ACONSELHAMENTO	214
ANEXO G – FLUXOGRAMA E INSTRUTIVOS DE COLETA DE SANGUE	220
ANEXO H – ENTREVISTA DE SEGUIMENTO	231
ANEXO I – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUALITATIVA	239
ANEXO J – IMPRESSÕES GERAIS DO SUPERVISOR DE CAMPO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM SEU SERVIÇO	241
PÁGINAS DE INTERESSE	251
EQUIPE TÉCNICA	252

PREFÁCIO

Este livro descreve os resultados de um excelente e pioneiro projeto multicêntrico de pesquisa de âmbito nacional, o projeto PESSOAS, que examinou as condições clínicas, sociais e comportamentais de vulnerabilidade dos indivíduos com transtornos mentais às infecções e doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o HIV, a sífilis e as hepatites B e C. Este esforço resultou de uma colaboração profícua entre os dois Programas Nacionais do Ministério da Saúde diretamente envolvidos no projeto: o Programa Nacional de DST e Aids e a Coordenação Geral de Saúde Mental. Estes resultados, pela sua grande importância no que tange à política governamental, certamente contribuirão para a identificação de prioridades e lacunas nessa área e para a ampliação e o redimensionamento desse esforço colaborativo, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

Indivíduos portadores de transtornos mentais (PTM) estão potencialmente sujeitos a um maior risco de diversas condições de saúde, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (IST); dentre essas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a sífilis e as hepatites B e C. Características clínicas e comportamentais, além das condições sociais, são os principais fatores associados à uma maior vulnerabilidade dessa população (COURNOS, 1997; ROSENBERG, 2001). Chama atenção a falta de uma política pública voltada para os PTM que vise não somente aos aspectos psiquiátricos, mas também aqueles voltados para a saúde integral dos pacientes. Além disto, ainda são limitados os estudos que avaliam a importância e magnitude das IST e as condições de vulnerabilidade nessa população. Em geral, são estudos com pequeno tamanho amostral, sem uma adequada representatividade, podendo gerar indicadores de risco e prevalências de IST superestimadas, tanto no Brasil quanto em outros países.

Nesse sentido, em julho de 2002, o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) publicou um edital cujo principal objetivo foi o desenvolvimento de uma pesquisa nacional com amostra representativa que fosse capaz de estimar estes indicadores, estabelecendo assim um importante marco para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção e atenção às IST entre os PTM no país. Em resposta ao edital, em agosto de 2002, o Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (GPEAS/UFMG), apresentou uma proposta que foi aprovada pelo PN-DST/AIDS em dezembro do mesmo ano. Os principais objetivos desta proposta foram: 1) determinar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C em hospitais psiquiátricos e em serviços substitutivos (CAPS) públicos; 2) descrever o perfil sociodemográfico, de comportamento e situação de risco, e de atenção à saúde; 3) avaliar a existência de associação entre a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C e as características sociodemográficas, de comportamento e situação de risco, e de atenção à saúde dos participantes; 4) avaliar a estrutura dos serviços (hospitais, CAPS) envolvidos no estudo; e 5) descrever os aspectos etnográficos/qualitativos e de representação social dos participantes.

Diante dos desafios metodológicos de um projeto desse porte e das limitações orçamentárias do edital, optou-se pela realização de um estudo-piloto preliminar que avaliasse a viabilidade do projeto principal, em estreita colaboração entre o GPEAS/UFMG, a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CSM) e o PN-DST/AIDS; nasceu assim o Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental). O estudo-piloto ocorreu entre 2003 e 2004, tendo sido financiado pelo PN-DST/AIDS (PROJETO 914/BRA/3014 – UNESCO) e desenvolvido em Belo Horizonte em um hospital psiquiátrico e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram

avaliados aspectos específicos de viabilidade tais como estimativas de participação, obtenção de consentimento, avaliação de confiabilidade do questionário semi-estruturado e do instrumento de avaliação dos serviços. A duração das entrevistas, as dificuldades operacionais para coleta de sangue e a realização das sorologias propostas foram também avaliadas. Os resultados do estudo-piloto indicaram a viabilidade do estudo nacional, com aspectos a serem aperfeiçoados, dentre os quais um detalhado planejamento de coleta, armazenamento dos soros e realização dos exames (GUIMARÃES, 2004). Os instrumentos se mostraram confiáveis e adequados para o estudo proposto (GUIMARÃES, 2008; OLIVEIRA, 2006).

Após o estudo-piloto, o projeto principal foi novamente submetido ao PN-DST/AIDS, tendo sua aprovação final ocorrido em 2005. Foi feito um redimensionamento do protocolo, com adequação dos instrumentos, ajuste do plano amostral e convite aos centros, além dos trâmites éticos e administrativos pertinentes. A viabilidade operacional do projeto foi conseguida por meio de uma ampla colaboração interinstitucional envolvendo as Unidades de Assistência e Tratamento (UAT), Laboratorial (ULAB) e de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UPDT) do PN-DST/AIDS, a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), as Coordenações Estaduais/Municipais de DST e Aids e de Saúde Mental e os centros participantes, além da Universidade Federal de Minas Gerais como instituição executora, através do GPEAS. Os anos seguintes, 2006 e 2007, foram dedicados às articulações com os centros, treinamento das equipes, coleta e processamento dos dados. Finalmente, a produção dos primeiros resultados preliminares do Projeto foi apresentada em seminário realizado no mês de agosto de 2007, em Brasília. A Figura 1 mostra o cronograma geral do projeto. Desde a publicação do edital até a divulgação desses resultados passaram-se cinco anos de intenso trabalho e dedicação dos pesquisadores, dos supervisores de centros, de toda a equipe do PN-DST/AIDS e da Coordenação Geral de Saúde Mental, envolvidos diretamente no projeto. Com o lançamento desta publicação, esperamos poder contribuir para uma ampla divulgação da situação epidemiológica e assistencial investigada. Esta divulgação está direcionada para toda a rede de atenção aos PTM no Brasil, e também para organizações não-governamentais e entidades da sociedade civil interessadas e preocupadas com a saúde integral desta e de outras populações, o que inclui a prevenção às IST, em especial o HIV/aids. Os resultados da presente investigação propiciam a estes atores sociais delinear com maior propriedade o problema aqui enfocado, bem como um projeto para seu adequado enfrentamento, com vistas a negociar a sua inclusão na agenda de temas prioritários que devem ser alvo de políticas públicas. Entende-se aqui política pública como a resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade (MATTOS, 1999). Ao responder a esta necessidade vivida ou manifestada pela sociedade, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter, lança mão de instrumentos para seu

equacionamento, define responsabilidades e adota, ou não, planos de trabalho ou programas (TEIXEIRA, 1997). A resposta do poder público aos preocupantes resultados aqui descritos consiste em um desafio de enorme magnitude e compromisso social, mas entendemos ser este um compromisso fundamental de todos aqueles envolvidos direta ou indiretamente no Projeto PESSOAS, desde sua origem.

Neste documento, inicialmente procuramos abordar o tema sob a perspectiva dos dois programas nacionais diretamente envolvidos no Projeto PESSOAS, i.e., o PN-DST/AIDS e a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Capítulo 1). Em seguida, apresentamos uma reflexão sobre a integralidade do cuidado à saúde enfatizando as interfaces entre as IST/AIDS e a saúde mental no Brasil (Capítulo 2). O Capítulo 3 apresenta síntese de artigo de revisão da literatura recentemente publicado nos Cadernos de Saúde Pública (CAMPOS et al., 2008), com ênfase em dados atualizados sobre a prevalência das infecções pelo HIV, sífilis e hepatites entre pacientes psiquiátricos no Brasil e no mundo, bem como os principais fatores que potencialmente colocam esta população em maior risco para as IST. O artigo pode ser acessado na íntegra em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/bib.html>. Em seguida, descrevemos uma síntese metodológica do projeto PESSOAS (Capítulo 4) com os principais resultados do recrutamento, descrição da população estudada e soroprevalências no Capítulo 5, e da avaliação dos serviços participantes no Capítulo 6. O Capítulo 7, finalmente, é dedicado aos resultados do componente qualitativo do Projeto PESSOAS. Concluímos com dois capítulos, um deles descreve um modelo de intervenção para pacientes com transtornos mentais graves adaptado à realidade brasileira, ainda em avaliação (Projeto PRISSMA) (Capítulo 8) e o outro que discute os principais resultados do Projeto PESSOAS, aponta recomendações e aborda as perspectivas de colaboração com outros grupos de pesquisa no Brasil e no mundo (Capítulo 9).

REFERÊNCIAS

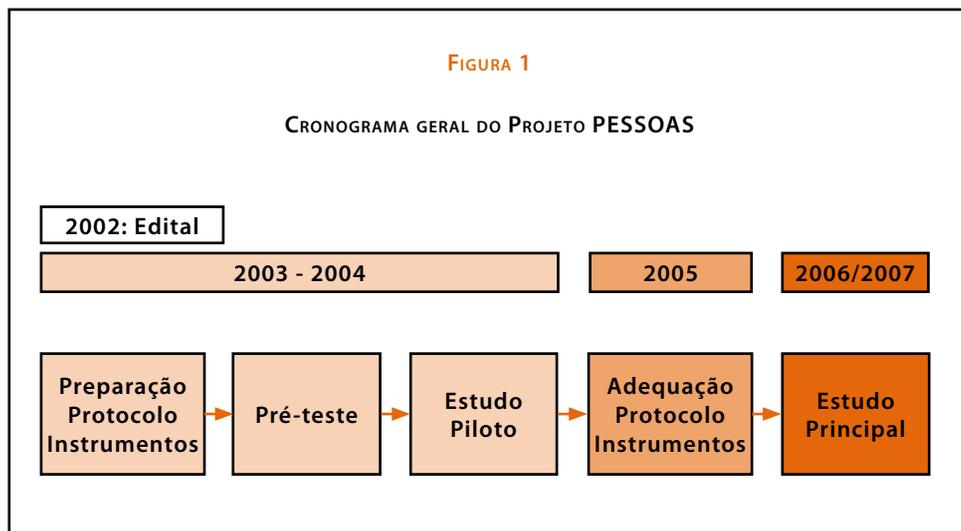
- CAMPOS, L. N. et al. HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], 2008. In press.
- COURNOS, F.; MCKINNON, K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clinical Psychology Review*, [S.l.], v. 17, p. 259-269, 1997.
- GUIMARÃES, M. D. C. et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness –PESSOAS Project. *Brazilian J. Psychiat*, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 55-59, 2008.
- GUIMARÃES, M. D. C. PROJETO PESSOAS - Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional - Avaliação preliminar. *Relatório técnico final*. [S.l.: s.n.], 2004. 47 p.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Ed. 34, 1999. cap. 1, p. 29-90.

OLIVEIRA, H. N. *Usuários de serviços de saúde mental e vulnerabilidade para DST/HIV: estudo piloto*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert_teses.htm>.

ROSENBERG, S. D. et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am. J. Public Health*, [S.l.], v. 91, p. 31-37, 2001.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997. cap. 2, p. 43-68.



POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/HIV/AIDS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Cristina de Albuquerque Possas¹, Mariângela Batista Galvão Simão²,
Pedro Gabriel Godinho Delgado³, Kátia Galbinski⁴, Márcio de Sá⁵

Este capítulo tem por objetivo contribuir para o entendimento da situação atual das políticas públicas de prevenção e atenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o HIV/aids nos Serviços de Saúde Mental no Brasil e das perspectivas para a geração de novos conhecimentos que apoiem a efetiva incorporação dessas políticas ao processo decisório governamental, em seus diferentes níveis.

De um lado, o Brasil ganhou reconhecimento internacional pelo caráter inovador de sua Política de Saúde Mental, a partir de uma Reforma Psiquiátrica que enfrentou dificuldades para se concretizar, devido ao cenário complexo e heterogêneo em que se realizou, marcado pela pobreza, pela discriminação e pela exclusão social dos pacientes.

De outro, o país ganhou notoriedade internacional em sua luta contra a aids. O Brasil é reconhecido como o primeiro país em desenvolvimento a assegurar acesso universal e gratuito à terapia anti-retroviral a todos os pacientes. Essa iniciativa governamental tem sido apoiada por uma ousada política de prevenção ao HIV/aids e às IST, com mensagens que promovem uma discussão ampla, franca e aberta da sexualidade, lutando contra o estigma. A necessária integração entre essas duas políticas, proposta neste capítulo, permitirá potencializar experiências bem sucedidas e certamente contribuirá para avanços significativos em ambos os campos.

Existem importantes pontos de convergência entre ambas as experiências de implantação de políticas, que merecem ser aprofundados e explorados em todas as suas possibilidades; entre eles, a necessidade de assegurar melhores condições sociais e qualidade de vida aos portadores de sofrimento mental e aos portadores do HIV/aids e outras IST, evidenciando questões complexas como a sexualidade, o sofrimento mental e o enfrentamento do estigma e da discriminação.

¹ Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, Brasil

² Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, Brasil

³ Coordenação Geral de Saúde Mental/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Brasil

⁴ Coordenação Geral de Saúde Mental/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Brasil

⁵ Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, Brasil

Com essa perspectiva, a prevenção e atenção às IST e ao HIV/aids nos serviços de saúde mental coloca em evidência a necessidade de novas abordagens da sexualidade e o sofrimento mental. Com este novo olhar, a sexualidade deixa de ser vista como sintoma para ser encarada como algo saudável e desejável, em uma perspectiva de qualidade de vida e direitos humanos capaz de reconhecer e aceitar a diversidade, e não como mais um fator de discriminação e exclusão.

Esta visão integradora possibilita uma reflexão sobre a qualidade da atenção e sobre o enfrentamento de questões relativas à discriminação e ao estigma que permeiam a vida social e familiar, além do tratamento. Coloca também em evidência a necessidade urgente de um novo olhar em relação às IST, ainda negligenciadas em nosso país.

Esta publicação busca, com este objetivo, divulgar o resultado de um esforço conjunto da Coordenação Geral de Saúde Mental e do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde no sentido de gerar novos conhecimentos, buscando promover uma política científica e tecnológica integradora e abrangente, capaz de inovar e produzir resultados compatíveis com as crescentes demandas que vêm sendo colocadas por esses novos paradigmas.

Embora tenha ocorrido no país, nas duas últimas décadas, uma ampliação significativa do financiamento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico em IST/HIV/aids e saúde mental, ainda são poucos os estudos voltados a questões que estão na interface entre estas duas áreas do conhecimento. É essa lacuna que este livro se propõe a explorar.

Os indicadores e informações aqui apresentados, ainda que parciais, certamente contribuirão para o equacionamento de algumas das questões que estão na convergência destas duas políticas públicas.

O desafio, diante dos resultados apresentados, será a integração dos esforços na interface entre ambas as políticas, para assegurar que de fato ocorra a necessária incorporação dos conhecimentos gerados ao processo decisório governamental nos diversos níveis de prevenção e atenção: federal, estadual e municipal.

Não basta, no entanto, a geração de novos conhecimentos e tecnologias. É necessário que o sistema de saúde se reestruture para efetivamente incorporá-los. Nesse sentido, como se verá a seguir, em que pese as importantes conquistas historicamente alcançadas, é essencial a clareza na identificação dos novos desafios que terão de ser enfrentados.

Um balanço dos 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil revela importantes avanços, com um saldo bastante positivo, mas também indica obstáculos a ser superados.

A reforma possibilitou a construção e a incorporação de novos referenciais na atenção aos chamados portadores de transtornos mentais no país. Esses novos referenciais permitiram a introdução de conceitos inovadores, recolocando a noção de transtorno mental e de loucura em uma nova perspectiva, a de sofrimento mental.

Foi possível sobretudo a importante conquista da desinstitucionalização, com a gradual redução de leitos em hospitais psiquiátricos que, na maioria dos casos, não passavam de depósitos de enfermos e excluídos, rompendo com uma situação de extrema perversidade social e com o modelo assistencial que favorecia a ocupação indiscriminada desses leitos.

Viabilizou-se, com isso, a concepção e implantação gradual de um novo modelo de cuidado, extra-hospitalar e de base comunitária, que fomenta o protagonismo, a autonomia e a co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores, usuários e rede social.

O novo modelo possibilitou uma significativa melhora no tratamento dos portadores de transtornos mentais na rede de atenção psicossocial, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (hoje em número 1.189) e de residências terapêuticas, ampliação de leitos em hospitais gerais, inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica e a criação do Programa “De volta para casa”.

Este novo modelo baseou-se em alguns princípios fundamentais: inclusão social, ao priorizar tratamentos que possibilitam que o indivíduo mantenha a convivência com a família e com a sociedade; acolhimento integral, enfatizando a não-discriminação e a promoção dos direitos humanos; integração com a atenção básica e apoio às equipes do Programa de Saúde da Família, promovendo o atendimento integral e rejeitando a ênfase na atenção hospitalar.

Esses avanços sem dúvida, facilitam a integração da Política Pública em Saúde Mental com as demais Políticas de Prevenção e Atenção no SUS, como, entre outras, as referentes às IST/HIV/aids. Essa integração permitirá novos avanços na Reforma Psiquiátrica, introduzindo, em uma perspectiva revolucionária e integradora, a dimensão da qualidade de vida e saúde integral aos portadores de sofrimento mental.

A pobreza, a exclusão social e a vulnerabilidade dessa população a agravos diversos de saúde além do sofrimento mental, entre os quais as doenças infecciosas e as doenças sexualmente transmissíveis, impõem que se repensem as atuais estratégias setorializadas, focalizadas exclusivamente nas ações em prevenção e atenção em saúde mental, estendendo-as para uma visão mais ampla de saúde coletiva. Em outras palavras, isso significa compreender a Reforma Psiquiátrica na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.

Tal integração irá requerer, com esse enfoque, que se reforcem e se agilizem os mecanismos necessários de referência e contra-referência, não apenas no âmbito da rede de serviços de saúde mental, mas também nos demais; no caso, os serviços de prevenção e atenção às IST/HIV/aids. Ela deverá se realizar na perspectiva do acesso universal com qualidade, assegurando a adequada disponibilidade de insumos de prevenção, diagnóstico, aconselhamento e tratamento.

Esse esforço integrador, para ser bem sucedido, deverá apoiar-se no fortalecimento da política científica e tecnológica, tanto em saúde mental quanto em IST/HIV/aids, o

que exigirá estratégias diversas. Destacam-se, entre essas, o necessário apoio a estudos sentinela e a pesquisas multicêntricas de âmbito nacional e regional que possibilitem ações baseadas em informações de qualidade (epidemiológicas, sociais e outras), assegurando-se a efetiva incorporação do resultado dessas pesquisas ao processo decisório governamental. Para tanto, será necessária maior interação entre os serviços e as instituições de pesquisa, além das universidades, públicas ou privadas.

Os resultados do Projeto PESSOAS apresentados neste livro ilustram bem a importância de investigações dessa natureza, voltadas à articulação entre pesquisas e serviços. Tais investigações, que, pela primeira vez, permitiram dimensionar em escala nacional as condições de vulnerabilidade dos portadores de sofrimento mental ao HIV/aids e outras IST, apontam para a urgência de intervenções nesse campo, subsidiando possíveis estratégias colaborativas de ação.

Essas estratégias colaborativas impõem a necessidade urgente de uma agenda conjunta entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e o PN-DST/AIDS, no tocante à sua política científica e tecnológica, subsidiando a integração de suas políticas setoriais. A colaboração entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e o PN-DST/AIDS, embora bem sucedida, se concentrou até o momento no Projeto PESSOAS aqui apresentado, na política de redução de danos aos usuários de álcool e outras drogas nos CAPS e no apoio a projetos com organizações não-governamentais.

Embora os esforços tenham sido até aqui muito bem sucedidos, é necessário agora avançar. Os recursos da Coordenação Geral de Saúde Mental e os significativos investimentos em pesquisa e desenvolvimento tecnológico pelo PN-DST/AIDS (nos últimos quatro anos, da ordem de 32 milhões de reais), poderão viabilizar outras estratégias colaborativas, favorecendo uma nova agenda conjunta em pesquisa e desenvolvimento, em apoio à prevenção e atenção às IST/HIV/aids para os pacientes portadores de sofrimento mental.

Para tanto, esta nova agenda conjunta deverá contemplar, com dinamismo e ousadia, quatro estratégias básicas: capacitação de recursos humanos; melhoria da qualidade da informação; elaboração de indicadores para monitoramento e avaliação; e ampliação significativa do investimento em ciência, tecnologia e inovação, apoiando redes nacionais e internacionais de pesquisa, a exemplo da Rede de Pesquisa em Saúde Mental e IST/HIV/aids, em estruturação a partir do projeto PESSOAS.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, 2005, Brasília. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

O DESAFIO DE CONSTRUIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL E IST/AIDS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mariângela Leal Cherchiglia¹, Francisco de Assis Acurcio², Ana Paula Souto Melo³

INTRODUÇÃO

O final dos anos 1970 e o começo dos 1980 constituíram-se como um marco na política brasileira em torno do processo de redemocratização do país. Inúmeras forças sociais, representadas por sindicatos, entidades profissionais, associações de bairros, movimentos contra a carestia, minorias excluídas e partidos políticos empreenderam uma luta engajada, formando um bloco expressivo de pressão para exigir do governo militar mudanças estruturais importantes.

A vitória democrática da oposição em 1982, nos principais estados brasileiros, abriu espaço para que representações das forças sociais, que se fortaleceram ao longo da década de 1970, ocupassem posições estratégicas nos setores decisórios do cenário político do país, fato que foi fundamental para a discussão e implantação de políticas públicas reformadoras, ainda que em um primeiro momento circunscritas a alguns estados brasileiros (MARQUES, 2002).

Nesse contexto de combate ao Estado autoritário, emergem críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo federal ao mesmo tempo em que se inicia a implantação de programas de saúde baseados nos princípios norteadores do projeto delineados pelo movimento sanitário brasileiro, ou seja, equidade, universalidade e saúde como um direito e dever do Estado (TENÓRIO, 2002).

Ao se articularem, os crescentes movimentos sociais em defesa desses princípios e diretrizes, marcando uma mudança de sistema de saúde no Brasil e o início do processo de redemocratização, formaram o pano de fundo para que os atores dessa história dessem início à construção de políticas específicas, coerentes com o novo modelo assistencial proposto, a exemplo da política de enfrentamento ao HIV/aids no país, além de lutar por uma reforma psiquiátrica baseada na desinstitucionalização da atenção e reinserção social dos portadores de sofrimento mental (ALVES, 2006; MARQUES, 2002).

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

³ Instituto Raul Soares, FHEMIG

A culminância desse processo seria a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 com seus princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular. Desde 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, criaram-se condições para a instituição, no Ministério da Saúde, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área. Ao mesmo tempo, inicia-se uma nova fase no Programa Nacional de DST e Aids, marcada pela implementação de um novo modelo de gerência da epidemia de HIV/aids, respaldada pelos empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro.

Tais inflexões vão permitir a institucionalização das duas políticas setoriais aqui enfocadas. De um lado, uma política de saúde mental que visa: i) a reorientação do modelo assistencial em saúde mental; ii) a redução e progressiva desativação de leitos hospitalares psiquiátricos; iii) a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários de atenção diária articulados com a atenção básica; iv) a construção de uma rede de atenção à saúde mental: serviços e recursos locais; v) a construção de projetos de inclusão social baseados na intersetorialidade; vi) o entendimento das questões relativas ao álcool e outras drogas como problema de saúde pública (BRASIL, 2008a). De outro lado, a política nacional de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids, que tem como objetivo: i) promover o acesso universal a insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/aids; ii) fortalecer, implementar e ampliar as ações de IST, HIV e aids na rede SUS, de forma integral e equânime; iii) promover a defesa dos direitos humanos e reduzir o estigma e a discriminação às pessoas vivendo com HIV/aids e às populações vulneráveis; iv) fortalecer a governança da resposta às IST e ao HIV/aids nas três esferas de governo, envolvendo atores e instituições governamentais e não governamentais, visando à sustentabilidade das ações da sociedade civil (BRASIL, 2008b).

Nesses quase 30 anos percorridos no processo de implementação da política de saúde vigente, o SUS e as políticas setoriais de saúde mental e de IST/aids conseguiram lograr relativo sucesso: Redução nas desigualdades sociais e geográficas no uso de serviços de saúde; aumento do número de brasileiros que têm acesso a serviço de saúde de uso regular; aumento da participação do SUS como fonte de financiamento dos serviços; aumento da participação dos postos e centros de saúde na prestação dos serviços utilizados; consolidação do programa de saúde da família como estratégia de redefinição do modelo de atenção à saúde integral, centrado na atenção básica e na família. Observam-se avanços na política de saúde mental, como a redução do número de leitos psiquiátricos, aumento significativo dos serviços de atenção ambulatorial denominados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), de residências terapêuticas e do número de famílias recebendo o auxílio-reabilitação do Programa "De volta para casa", assim como uma inversão da proporção de recursos financeiros do SUS destinados

aos hospitais psiquiátricos em relação aos serviços extra-hospitalares. Quanto à Política de IST/aids pode-se destacar a redução em 50% na taxa de mortalidade devida à aids, decréscimo da incidência de tuberculose nos pacientes com HIV e a provisão regular de medicamentos anti-retrovirais, garantida por lei federal e mundialmente reconhecida.

Ainda que seja forçoso reconhecer os significativos avanços proporcionados pela implantação do SUS e, mais especificamente, dessas duas políticas setoriais, é igualmente importante destacar que o preceito constitucional da integralidade da atenção ainda clama por sua realização na prática. Pode-se dizer que as políticas de saúde mental e de IST/aids têm evoluído, tradicionalmente, segregadas das outras áreas da saúde, e não como membros indissociáveis do corpo setorial do SUS. Segundo Hartz & Contandriopoulos (2004) o conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhum deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Tal situação, expressa na grande fragmentação observada na organização das ações e serviços de saúde, representa um desafio para o avanço do sistema, não só no que diz respeito à integralidade, mas a todos os outros princípios orientadores do SUS. Este desafio, crucial para a saúde no país, deve ser enfrentado pelos gestores e profissionais de saúde, bem como pelos usuários dos serviços de saúde, seus familiares e a comunidade em geral.

OS SENTIDOS E AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

O debate sobre a integralidade em saúde remonta aos anos 1960, época em que surgiram grandes questionamentos e críticas sobre as atitudes fragmentadas de ensino adotadas pelas escolas médicas nos Estados Unidos. Isso ocorreu em função da demanda da chamada “medicina integral” (MATTOS, 2001). No Brasil, o movimento da medicina integral associou-se ao movimento da medicina geral comunitária e ao da medicina preventiva, constituindo, posteriormente, uma das bases do movimento sanitário que se consolidou nos anos 1980.

Entretanto, o movimento sanitário incorporou matizes bastante específicos construindo o seu eixo de interpretação de forma bastante aproximada ao da medicina integral, ao considerar as práticas em saúde como práticas sociais. Dessa forma, as críticas estenderam-se às relações da prática de assistência médica privada, ao capital e ao lucro advindo da extraordinária mercantilização da atenção, convergindo na proposta de conquista da saúde como direito dos indivíduos, o que exige a presença do Estado no seu provimento e regulação do mercado (MATTOS, 2001).

Segundo Costa (2004), embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior articulação, ela é bem mais do que isso. O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia com a formulação de políticas no nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

Para Machado (2007) a integralidade pode ser entendida como o cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Mattos (2001), Fontoura & Mayer (2006) e Pinheiro; Ferla; Silva Júnior (2007) têm sugerido que a integralidade pode ser organizada em três dimensões:

- i) como atributo das práticas dos profissionais de saúde, através da compreensão do conjunto das necessidades de ações e serviços que dado paciente requer. Essa dimensão está relacionada com a habilidade de criar um ambiente receptivo entendendo a integralidade como um processo de construção social. As propostas de mudanças envolvem o repensar da formação dos profissionais, que ainda é centrado predominantemente no aprendizado técnico biológico, racional, fragmentado e individualizado. O caminho deve ser no sentido de mudar as práticas, trabalhando com novas gestões e articulações sociedade-governo, tendo por base o comprometimento ético e político;
- ii) como característica da organização dos serviços, que visa a eliminar a dissociação entre práticas públicas e assistenciais, entre práticas preventivas e curativas. Essa dimensão diz respeito à necessidade de assegurar acesso aos diferentes níveis da tecnologia requerida para cada situação, com o objetivo de alcançar o sucesso da assistência. É o caminho concreto que busca estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos indivíduos e grupos, a partir da construção de tecnologias inovadoras e de ferramentas de gestão na prática diária dos serviços de saúde. Tais práticas se ocupam da negociação de diferentes pactos e acordos entre as instâncias e políticas setoriais e a sociedade civil;
- iii) como resposta governamental dada aos problemas de saúde de uma população ou grupo, que deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Essa dimensão é relativa à habilidade das políticas governamentais em organizar o sistema de saúde dentro dos princípios propostos de descentralização, solidariedade e participação social. Tal capacidade se refere à democrática e necessária interação entre os sujeitos envolvidos na construção das muitas e diferentes respostas requeridas pelas demandas de saúde da população.

No SUS, a integralidade da atenção é um dos pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; e na abordagem integral dos indivíduos (HARTZ ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ademais, a integralidade está intimamente ligada à concepção de saúde e doença adotada e incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, exigindo uma articulação entre os vários profissionais que compõe a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência.

Além do caráter completo do cuidado, a integralidade envolve a continuidade deste, ou seja, o acompanhamento da assistência, que pode ser avaliada pela análise da referência e contra-referência nas ações de saúde (PRADO, 2007). Entretanto, admite-se que os sistemas de saúde não devem nem podem ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis.

Conforme propõe Gilson Carvalho, a integralidade regulada se impõe no SUS e se expressará na definição e oferta, a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutido com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários (CARVALHO, 2006 apud BRASIL, 2006).

É importante observar, ainda, que a complexidade do objeto da saúde exige reelaborar a atuação dos profissionais de vários campos do conhecimento que atuam na saúde, já que tal complexidade não é redutível à organização da atenção em determinado nível. Desta forma, envolve a ação dos distintos profissionais das diversas disciplinas complementares do campo da saúde (COSTA, 2004).

AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E IST/AIDS NO SUS:

INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A relativa independência da Reforma Psiquiátrica proporcionou um movimento robusto, com a elaboração, aprovação e implementação de leis, normas e regulamentos que levaram à construção de uma rede de serviços substitutivos. Este aparato legal e organizacional visa, essencialmente, a promoção da desinstitucionalização, vista como um processo sócio-cultural de vasta amplitude, e como uma praxis em contraposição à lógica manicomial. Por outro lado, pode-se argumentar que, provavelmente, a resposta governamental à aids é a que mais se aproxima do princípio da integralidade, no sentido de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a perspectiva assistencial (MATTOS, 2001).

No entanto, apesar de as políticas de Saúde Mental e de IST/aids estimularem práticas pautadas pelo território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Na prática, funcionam com suas redes específicas, organizadas com uma lógica própria e virtualmente desvinculadas entre si e da rede geral de serviços de saúde. Pode-se dizer que essas políticas setoriais têm evoluído, tradicionalmente, refletindo o importante grau de segregação observado entre as diversas áreas da saúde.

Isto propiciou, por um lado, a construção de seus próprios processos de avanços e reformas. Por outro lado, a segregação resultou na insuficiência da rede de saúde no que concerne à atenção integral aos portadores de sofrimento mental e de IST/aids, uma vez que os profissionais e os serviços não têm sido efetivamente integrados à rede do SUS (CAMPOS, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SILVA et al, 2005).

Essas lacunas se acentuam quando se sabe do grau de vulnerabilidade do paciente com transtornos mentais em relação às infecções sexualmente transmissíveis. Quando esses pacientes são portadores de HIV/aids tem-se um complicador a mais, pois os serviços de assistências a esses pacientes também são dissociados tanto da atenção básica quanto dos serviços de saúde mental.

Por sua vez, as evidências confirmam que pacientes portadores de transtornos mentais apresentam alto risco para as infecções sexualmente transmissíveis e aids, apresentando elevada prevalência de infecção pelo HIV e hepatite C com taxas variando de 3,1% a 22% (COURNOS; MCKINNON, 1997; MCKINNON et al, 2005; ROSENBERG et al, 2005). Segundo diversos autores esses pacientes apresentam maior vulnerabilidade para IST/aids devido a: i) dificuldades cognitivas e habilidades sociais para negociar sexo seguro; ii) uso de drogas ilícitas; iii) privação social: maior grau de pobreza, desemprego e ausência de moradia; iv) falta de informação e conceitos errôneos sobre a infecção pelo HIV; v) comportamento de risco sexual para IST/aids - uso inconsistente de preservativo, múltiplos parceiros, parceiros sexuais de alto risco (MEADE; SIKKEMA, 2005; ROSENBERG et al, 2001; VANABLE et al, 2007).

SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIREÇÃO DA INTEGRALIDADE

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado como a estratégia condutora da busca do novo modelo assistencial, capaz de compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença e responder de forma mais efetiva aos problemas de saúde da população, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade. Portanto, o PSF deveria ser o nível articulador da assistência e o coordenador do cuidado integral ao paciente com transtorno mental.

Podem-se identificar aspectos de confluência entre a política de saúde mental e aquela que rege o PSF. Os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, são orientadores simultaneamente das ações do Modelo Psicossocial de Cuidado e do PSF. Entretanto, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores, com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas.

A estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde mental, vislumbrada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo para a progressiva

desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. Por outro lado, o PSF seria um importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no de enfoque no risco e desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. Ademais, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, o PSF seria capaz de realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment* (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Essa mesma integração deveria ocorrer entre o PSF e os serviços de assistência especializada em HIV/aids (SAE), de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde ajudará a assegurar uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento. O diagnóstico precoce das doenças associadas ao HIV poderia ser feito pelo PSF, com competência para decidir sobre quando encaminhar os pacientes aos serviços especializados (SILVA et al, 2005).

Na prática concreta, no entanto, esses modelos entram em conflito. De um lado, os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, na capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto ao PSF, além da incipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas já existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais. Esses não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais. Pode-se supor que um dos principais limitantes a essas ações situa-se, ainda, na área relativa à clínica da saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A integração entre os serviços de atenção básica/PSF é praticamente inexistente. Verifica-se que esse nível de atenção não é praticado no atendimento em HIV/aids. O cuidado aos pacientes portadores de HIV/aids revela ênfase no encaminhamento para os serviços especializados, desvinculando-se os casos da unidade básica e transferindo-se a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos. As ações em HIV/aids do PSF se restringem ao pré-natal e ao planejamento familiar, sendo obrigatória a abordagem e o oferecimento da testagem para o HIV nessas situações. Os demais casos são encaminhados para outros serviços especializados (SILVA et al, 2005).

A despeito da potencialidade observada no que se refere à integração entre ações e serviços em saúde mental, e também no âmbito das IST/aids, as experiências ainda são pontuais no Brasil, apesar de se contar com evidências consistentes da importância dessa integração em outros países (BIRKHEAD et al, 2007; HODGINS, 2007; LUM; KWOK; CHONG, 2008; PERREAULT et al, 1999; STOPKA et al, 2007).

Para Nunes; Jucá; Valentim (2007), as dissonâncias das práticas das ações de saúde mental e do PSF apontam para (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica, a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF e o não reconhecimento dos problemas clínicos dos pacientes pelos CAPS e hospitais psiquiátricos; (ii) a não-identificação, por parte da população, dos problemas em saúde mental como uma prioridade, nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência e contra-referência.

Segundo Silva et al (2005), as principais dificuldades na integração dos serviços de atenção básica/PSF e os serviços especializados no atendimento aos portadores de HIV/aids (SAE) seriam: i) os profissionais do PSF desconhecem as formas de acesso ao SAE e a rotina deste; ii) os profissionais do SAE desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/aids do PSF; iii) não existe um sistema de referência e contra-referência efetivo, o que dificulta o processo de articulação entre os serviços e o atendimento integral aos indivíduos portadores de HIV/aids.

São inegáveis os avanços na assistência ao paciente com transtorno mental. Mas também são inegáveis seus limites, postos em grande parte pelo isolamento que a política assumiu. Assim, a política e sua implementação se ocuparam predominantemente com os problemas de saúde diretamente relacionados com o "psíquico". As eventuais especificidades do adoecimento do paciente com transtorno mental, sejam elas produzidas no âmbito biológico e/ou cultural, não puderam ser abordadas adequadamente permanecendo como um grande desafio para a construção de uma assistência integral (CAMPOS, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O manejo do território na perspectiva do cuidado ao portador de transtorno mental, incluindo a incorporação das relações e dinâmicas sociais que aí se realizam, pressupõe o desenvolvimento de novas tecnologias, que questionam uma clínica tradicionalmente pautada no indivíduo e que, muitas vezes, negligencia os aspectos sociais e políticos das experiências dos sujeitos. A dicotomia mente/corpo - legitimada e reforçada historicamente, que ainda hoje organiza concepções e práticas, associada aos valores que desqualificaram e excluíram os portadores de doenças mentais do convívio social, produziram fortes enraizamentos no imaginário coletivo, inclusive o dos cuidadores em saúde e das famílias.

Um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade do SUS, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda. É necessário que os agentes desse sistema conheçam os processos que envolvem a assistência ao paciente portador de transtorno mental,

nos diversos níveis de atenção, efetivando os mecanismos desse processo de referência e contra-referência. A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SILVA et al, 2005).

O PSF vem se mostrando um instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais, toda a comunidade enfim. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que se vêm mostrando freqüentes e ainda pouco tratados.

CONCLUSÃO

Ao refletirmos sobre o desafio de construir a integralidade das ações em saúde mental e IST/aids no Sistema Único de Saúde é importante ressaltar o caráter polissêmico deste conceito, que admite distintas significações. Num contexto mais abrangente, observa-se atualmente um deslocamento da noção clássica da integralidade - que pressupunha o livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde, por meio de sistemas públicos universais, - para uma "nova integralidade" em que os serviços ofertados passaram a ser definidos por critérios de efetividade e aceitabilidade social (BRASIL, 2006). Essa perspectiva, em um plano micro, tem sido contemplada pelo Ministério da Saúde, por meio do programa HumanizaSUS, que propõe o trabalho conjunto das equipes de referência do PSF e o apoio matricial de equipes especializadas para favorecer a criação de vínculos e a responsabilização das equipes que assumem a atenção integral do cidadão, cuidando de todos os aspectos de sua saúde. Isso implica a elaboração de projetos terapêuticos e a busca de outros recursos terapêuticos, quando necessário, na tentativa de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Tal proposta está fundamentada na reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e produção de vínculos terapêuticos – que dependem, fundamentalmente, da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (BRASIL, 2004).

Assim, conclui-se com a consideração de Costa (2004) de que "a integralidade no SUS não deva ser transformada em um conceito, mas em um ideal regulador, um dever, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar. Vê-se, portanto, que, num paradoxo, a integralidade é ao mesmo tempo inalcançável e indispensável".

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. 180 p.
- BIRKHEAD, G. S. et al. Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach. *Int. J. Drug Policy*, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 417-425, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política da saúde mental*. 2008a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/default.cfm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília, 2006. 164 p.
- _____. Ministério da Saúde. *O Programa Nacional de DST e Aids*. 2008b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACC5B55EPTBRIE.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude soc.*, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.
- COURNOS, F.; MCKINNON, K. HIV Seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clin. Psychol. Rev.*, [S.l.], v. 17, p. 259-269, 1997.
- FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev. Bras. Enferm.*, [S.l.], v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.
- HODGINS, G. An integrated approach to general practice mental health training: the importance of context. *Australia Psychiatry*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 52-57, 2007.
- LUM, A. W.; KWOK, K. W.; CHONG, S. A. Providing integrated mental health services in the singapore primary care setting—the general practitioner psychiatric programme experience. *Ann. Acad. Med.*, Singapore, v. 37, n. 2, p. 128-131, 2008.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *Hist. Cienc. Saude, Manguinhos*, v. 9, p. 41-65, 2002. Suplemento.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas releções acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2001. p. 39-64.

MCKINNON, K. et al. HIV and people with serious and persistent mental illness. In: CITRON, K.; BROUILLETTE, M. J.; BECKETT, A. (Ed.). *HIV and psychiatry: A training and resource manual*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 138-152.

MEADE, C.; SIKKEMA, K. J. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clin. Psychol. Rev.*, [S.l.], v. 25, p. 433-457, 2005.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

PERREAULT, M. et al. L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles. *Santé mentale au Québec*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 28-51, 1999.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto contexto – enferm.*, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 399-407, 2007.

ROSENBERG, S. D. et al. Determinants of risk behavior for Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome in people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, [S.l.], v. 42, p. 263-271, 2001.

ROSENBERG, S. D. et al. Hepatitis C virus and HIV co-infection in people with severe mental illness and substance use disorders. *AIDS*. [S.l.], v. 19, p. S26-S33, 2005. Suplemento 3.

SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde*, [S.l.], v. 14, p. 97-104, 2005.

STOPKA, T. J. et al. HIV counseling and testing integration in California: an innovative approach to increase HIV counseling and testing rates. *Public Health Rep.*, [S.l.], v. 122, p. 68-73, 2007. Suplemento 2.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist. Ciênc. Saúde*, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VANABLE, P. A. et al. Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of a sexually transmitted infection. *J. Prev. Interv. Community*, [S.l.], v. 33, n. 1-2, p. 79-94, 2007.

SÍNTESE DE REVISÃO DA LITERATURA: PREVALÊNCIA DE IST E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Lorenza Nogueira Campos¹, Mark Drew Crosland Guimarães², Ricardo Andrade Carmo³, Ana Paula Souto Melo⁴, Helian Nunes de Oliveira⁵, Katherine Elkington⁶, Karen McKinnon⁷

Poucos estudos têm investigado a prevalência da infecção pelo HIV, sífilis ou hepatites B e C entre pacientes psiquiátricos. Além disso, esses estudos não têm sido suficientemente claros para se estimar a real prevalência de tais infecções nesta população. A maioria dos estudos é originária de países desenvolvidos, tendo sido baseados em amostras pequenas e, em geral, não representativas. Conduzimos a seguir uma revisão sistemática da literatura publicada sobre a prevalência de IST e comportamentos de risco entre pacientes psiquiátricos utilizando as bases de dados MEDLINE e SCIELO além da busca manual de referências citadas em estudos selecionados (CAMPOS et al, 2008). O artigo pode ser acessado, na íntegra, em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/bib.html>. Foram identificados 13 estudos sobre a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C em pacientes psiquiátricos em países em desenvolvimento e 22 em países desenvolvidos. Em geral, as prevalências variaram de 0% a 29,0% para o HIV; de 1,6% a 66,0% para a hepatite B; de 0,4% a 38,0% para a hepatite C; e de 1,1% a 7,6% para a sífilis. Estes estudos indicam que pacientes psiquiátricos podem estar desproporcionalmente afetados pelo HIV/aids e outras IST em vários países.

A revisão também enfocou a busca de fatores de risco para as IST nesta população. Vários fatores de risco, tais como características sociodemográficas, comportamentais, uso de substâncias, condições psiquiátricas e conhecimento sobre o HIV/aids foram identificados e discutidos, embora a literatura atual não demonstre achados significativos gerados a partir de estudos representativos. Vários estudos mostram, consistentemente,

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil; HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute e Columbia University, Nova Iorque, NY, USA

³ Centro de Referência e Treinamento em Doenças Infecto-Parasitárias, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil; Instituto Raul Soares, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁵ Instituto Raul Soares, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁶ HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute e Columbia University, Nova Iorque, NY, USA

⁷ HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute e Columbia University, Nova Iorque, NY, USA

que esta população é sexualmente ativa e que a maioria dos seus integrantes apresenta altas taxas de comportamentos de risco. De modo alarmante, indivíduos adultos e sexualmente ativos com doenças mentais crônicas usam preservativo de forma infreqüente. O uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool e outras drogas, é especialmente prevalente entre pessoas com transtornos mentais crônicos. Além disto, pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão, ansiedade, transtorno da personalidade anti-social, dentre outros, apresentam altas proporções de outras co-morbidades psiquiátricas relacionadas ao abuso ou dependência de substâncias psicoativas, e essa ocorrência pode variar de 25% a 65%. Alguns estudos indicam que, dentre os pacientes com doença mental crônica, as mulheres, os jovens, aqueles que nunca foram casados, ou são divorciados ou viúvos, em geral hispânicos ou negros, apresentam, potencialmente, maior risco para o HIV e outras IST. Poucos estudos investigaram especificamente a associação entre o uso de álcool e outras drogas e o comportamento risco para infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV, entre indivíduos com transtornos mentais crônicos. O uso de drogas injetáveis (UDI) tem-se mostrado um fator de risco mais comum para a infecção pelo HIV e hepatites B e C nesta população quando comparada à população geral. Estudos que avaliem o efeito das patologias psiquiátricas sobre o comportamento sexual de risco ainda não foram conduzidos em países em desenvolvimento. Embora os diagnósticos psiquiátricos, por si só, não estejam associados com o comportamento sexual de risco, a presença de sintomas psiquiátricos parece ser preditiva de taxas mais altas de comportamento sexual de risco quando comparada aos diagnósticos psiquiátricos em vários estudos. Por outro lado, estudos que avaliaram o nível de conhecimento sobre o HIV/aids em populações psiquiátricas foram, primariamente, conduzidos em países desenvolvidos. Seus achados mostram que os níveis globais de conhecimento são relativamente bons e até comparáveis com aqueles descritos para a população geral. Entretanto, também se encontraram déficits específicos no conhecimento sobre HIV/aids dessa população. A presente revisão destaca a escassez de informação sobre a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e seus fatores associados entre portadores de sofrimento mental crônico e identifica lacunas no conhecimento atual nos países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento.

REFERÊNCIA

CAMPOS, L. N. et al. HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.I.], 2008. In press.

PROJETO PESSOAS - METODOLOGIA DOS COMPONENTES QUANTITATIVO E QUALITATIVO

Mark Drew Crosland Guimarães¹, Francisco de Assis Acurcio², Lorenza Nogueira Campos³,
Ana Paula Souto Melo⁴, Mariângela Leal Cherchiglia⁵, Ricardo Andrade Carmo⁶,
Helian Nunes de Oliveira⁷, Maria Imaculada de Fátima Freitas⁸, Suely Broxado de Oliveira⁹,
Carla Jorge Machado¹⁰, Kátia Galbinksy¹¹, Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann¹²

COMPONENTE QUANTITATIVO

DESENHO

Foi realizado estudo de corte transversal entre junho e setembro de 2006, durante o qual se determinaram as prevalências da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C em uma amostra de pacientes internados em hospitais psiquiátricos ou em atendimento nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) cadastrados junto ao Ministério da Saúde até janeiro de 2004. As informações sobre a atenção à saúde, as características comportamentais e o perfil sociodemográfico dos participantes foram coletadas retrospectivamente por meio de entrevistas. Os dados clínicos foram obtidos a partir dos prontuários médicos, e as características dos serviços, por meio de entrevista com profissionais responsáveis pelos centros participantes.

POPULAÇÃO

Fizeram parte do estudo pacientes adultos (18 anos ou mais), portadores de transtornos mentais, internados ou em atendimento nos CAPS durante o período indicado,

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

⁴ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG; Instituto Raul Soares, FHEMIG

⁵ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

⁶ Centro de Referência e Treinamento em Doenças Infecto-Parasitárias, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais.

⁷ Instituto Raul Soares, FHEMIG

⁸ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais

⁹ Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro

¹⁰ Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais

¹¹ Coordenação Geral de Saúde Mental, Ministério da Saúde.

¹² Departamento de Ciência e Tecnologia, SCTIE, Ministério da Saúde.

com qualquer diagnóstico psiquiátrico, aptos a responder ao questionário e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os pacientes internados, observou-se um período mínimo de sete dias para estabilização clínica antes de se proceder ao convite para participação.

O projeto foi aprovado em todas as instâncias, incluindo os centros participantes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, Etic 125/05) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, sendo as identificações dos questionários, soros e demais materiais feitas exclusivamente por meio de número único, garantindo assim a confidencialidade das informações.

PLANO AMOSTRAL

Considerando os objetivos do estudo de se estimar a prevalência de quatro diferentes infecções, optou-se por uma estimativa de tamanho amostral baseada nos seguintes parâmetros: estimativa média das condições de 50%, um nível de precisão de 0,2%, e um nível de confiabilidade de 5%. O tamanho da amostra foi estimado em 2.401 pacientes (FOREMAN, 1991; LEVY; LEMESHOW, 1991; SIQUEIRA; SAKURAI; SOUZA, 2001). Considerando uma perda de 40% (MELO; GUIMARÃES, 2005), o número amostral final foi calculado em 3.362.

A amostra foi estratificada por região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), com partilha proporcional de acordo com a distribuição dos casos de aids notificados até dezembro de 2003, e com o tipo de atendimento (hospitais e CAPS). O número de leitos hospitalares e capacidade de atendimento dos CAPS, até janeiro de 2004, foi estimado em, respectivamente, 49.290 (38%) e 81.505 (62%), totalizando 130.795 pacientes, sendo essa a partilha por centros (BRASIL, 2004b) (Tabela 1). Até dezembro de 2003, 69% dos casos de aids notificados no Brasil proviam da região Sudeste (BRASIL, 2004a). As regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte contribuíam com 16%, 9%, 5% e 2%, respectivamente. O tamanho da amostra estimado e partilhado por centros e regiões pode ser visto na Tabela 2. Após os cálculos amostrais, o plano amostral foi conduzido em dois estágios: 1. seleção aleatória dos centros (hospitais ou CAPS) dentro de cada região; e, 2. seleção aleatória dos participantes dentro de cada centro. A Figura 1 mostra a localização dos centros selecionados.

Estágio 1: Seleção aleatória dos centros

O número de centros dentro de cada região e estrato, visando a atingir o tamanho amostral desejado, foi escolhido aleatoriamente por amostra probabilística simples. Foram preparadas listas de todos os hospitais ou CAPS cadastrados no Ministério da Saúde de acordo com o número de leitos para os hospitais ou número de atendimentos, para os CAPS, da seguinte forma: em planilha excel, criou-se uma coluna com valores de 1 a N, sendo N o total de leitos existentes em cada região, ordenados de acordo com os

hospitais ou CAPS. Deste modo, cada centro correspondeu a uma sub-amostra do total N , n_{aj} a $n_{a(j+1)}$, sendo (a) a identificação do hospital ou CAPS e (j) o número de leitos ou atendimento de cada hospital ou CAPS, respectivamente. Em seguida, foi escolhido um número aleatório entre 1 e N . O centro correspondente ao intervalo em que esse número se localizava foi então escolhido para compor a amostra dentro de cada região. Esta operação foi repetida até que o número estimado de pacientes fosse atingido em cada região.

Adicionalmente, objetivando obter uma maior variabilidade amostral entre as unidades selecionadas na região Sudeste, ajustou-se o número final de pacientes a serem selecionados de acordo com o centro com o menor número de leitos, da seguinte forma: Probabilidade amostral de cada um dos centros selecionados na região Sudeste = $P(n) = \text{Número de leitos} / \text{Total de leitos}$; Ajuste da probabilidade amostral = $A(n) = P(i) / P(n)$, sendo $P(i)$ aquele com menor probabilidade; Ajuste do número final de pacientes para Região Sudeste = $A(f) = A(n) * (\text{Número de leitos de cada centro})$.

Após a escolha dos centros, foi feito convite formal a cada centro selecionado em ofício conjunto elaborado pelos Programas de DST e Aids e Saúde Mental, solicitando anuência, avaliação ética e compromisso por escrito de intenção de participação. Caso o centro não pudesse participar, centros substitutos foram escolhidos até completar o número desejado. Selecionaram-se onze hospitais e quinze CAPS. A lista final dos centros pode ser vista na Tabela 3, incluindo tamanho amostral e a relação deste número com o total de leitos ou número de atendimentos de cada centro. O número de participantes de cada centro é relativamente homogêneo, enquanto que a relação amostra/universo apresenta uma variação de 10% a 100%.

Estágio 2: Seleção aleatória dos participantes

Para os hospitais, foram preparadas listas dos pacientes internados no momento da pesquisa. Para cada centro, foi então escolhido, por meio de amostra probabilística simples, o número de participantes estimado, sem reposição, considerando que o tamanho da amostra inicial foi superestimado em 40%, antecipando as perdas. Para os CAPS, cujos pacientes comparecem semanalmente ou pelo menos uma vez por mês, criaram-se listas com uma seleção aleatória pré-definida e os pacientes foram selecionados por ordem de atendimento, também por amostra probabilística simples.

AValiação preliminar e consentimento

Os pacientes recrutados, seguindo as planilhas amostrais, foram inicialmente avaliados quanto à capacidade para responder ao questionário e condição legal para assinatura do termo de consentimento. Durante o processo de seleção dos participantes, foi aplicado um instrumento de avaliação preliminar (Anexo A), adaptado do *Minimal State Examination* (MMSE) (FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, 1975). O principal objetivo desta etapa foi avaliar a orientação espaço-temporal, a habilidade para

compreender o projeto e a capacidade para responder ao questionário. Foram feitas dez perguntas objetivas com respostas estruturadas tais como, saber nome e data, operação aritmética simples, memorização, dentre outras. Além disso, avaliou-se o estado mental do paciente, em particular a presença de sintomas delirantes e o grau de deficiência mental. Somente após estas avaliações objetivas e subjetivas, feitas por profissionais de saúde mental devidamente treinados, os participantes foram convidados a assinar o termo de consentimento, para, em seguida, dar prosseguimento com a entrevista e demais procedimentos.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA E QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Todos os pacientes aptos a participar da pesquisa, e que concordaram com essa participação, foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada para verificar as características sociodemográficas, de comportamento e situação de risco e de atenção à saúde, incluindo: idade, nível de instrução, residência, renda familiar, diagnóstico, tratamentos e condutas, história e diagnóstico de IST, tempo de internação, conduta sexual, uso de álcool e drogas ilícitas, tabagismo, encarceramento, violência verbal, física e sexual e outros fatores associados com o risco de transmissão das infecções de interesse. Informações complementares foram extraídas dos prontuários médicos. O questionário foi avaliado e testado em estudo piloto preliminar (GUIMARÃES et al, 2008). As entrevistas foram aplicadas por profissionais da área de saúde especificamente treinados para o projeto e supervisionados em todas as etapas pelo responsável local pela pesquisa.

A entrevista encontra-se no Anexo B e está também disponibilizada em <http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>. Foi realizada análise de confiabilidade das entrevistas. Para isto, uma amostra aleatória de 5% dos participantes foi convidada a repetir a entrevista, no prazo máximo de uma semana após a primeira entrevista.

Para a avaliação dos centros (objetivo 4), foi utilizado o instrumento de avaliação de estrutura de serviços adaptado e testado no estudo piloto para as instituições psiquiátricas (hospitais e CAPS). A aplicação deste instrumento foi feita pelo supervisor local no decorrer da pesquisa e objetivou avaliar a estrutura dos serviços. A avaliação foi realizada por meio do levantamento de informações em 14 seções do questionário, que incluíam a identificação da unidade, características do serviço, capacidade instalada de atendimento, recursos humanos, disponibilidade de exames laboratoriais, biossegurança, equipamentos e instrumentos, disponibilidade de documentos normativos e técnicos, sistema de informação, medicamentos, sistema de referência e contra-referência, avaliação do desempenho do serviço em relação às IST, garantia dos direitos individuais do paciente e avaliação da obtenção das informações para o questionário. O questionário de avaliação dos serviços encontra-se no Anexo C e está também disponibilizado na página <http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>.

PROTOCOLO

Utilizando o plano amostral, cada centro seguiu de forma padronizada a seleção dos pacientes e a aplicação do questionário, incluindo a coleta de dados do prontuário e a coleta de sangue para exames (Anexo D). A amostra de pacientes hospitalizados foi selecionada a partir de listagem de pacientes internados no momento da pesquisa. Para os CAPS, foi feita seleção de pacientes de forma seqüencial durante o período designado para a realização da pesquisa, de acordo com planilha amostral pré-definida. Cada paciente teve até no máximo três chances de participar da pesquisa. Caso o paciente não pudesse ser entrevistado em um dado momento, não retornasse para uma entrevista agendada, ou se recusasse a participar em um primeiro momento, este era contatado novamente, observando-se o limite máximo de três vezes. O supervisor local foi responsável por indicar ao entrevistador e ao técnico laboratorial o momento adequado para a entrevista e coleta de material, respectivamente. Recomendou-se que a coleta de sangue fosse feita de forma a não prejudicar o atendimento ao paciente ou a rotina do serviço. O termo de consentimento foi aplicado por pessoa treinada para este fim, de preferência o próprio supervisor ou o entrevistador. O supervisor local acompanhou a coleta e o processamento do sangue verificando as condições de estocagem das alíquotas. Formulários de controle de recrutamento foram utilizados para monitorar todas as etapas da pesquisa (Anexo E).

SOROLOGIAS

Ofereceu-se aos participantes a oportunidade de fazer exames sorológicos para detecção de anticorpos para sífilis, hepatites B e C, e HIV, sendo possível a escolha de qualquer um ou nenhum destes. Procedimentos-padrão de aconselhamento pré e pós-teste foram realizados (MANN; OLIVEIRA, S. B; OLIVEIRA, C. S. S., 2002) (Anexo F) e aqueles pacientes que concordaram em submeter-se aos mesmos tiveram 10 ml de sangue coletados e processados para separação de alíquota de soro e realização dos exames específicos. Estabeleceram-se instruções específicas sobre a coleta, armazenamento e envio dos soros (Anexo G). Após a alíquotação, os frascos foram identificados e estocados a pelo menos -20°C seguindo protocolo pré-estabelecido. Os soros foram enviados para a Fundação Ezequiel Dias (LACEN/MG), Belo Horizonte (MG), onde os exames foram processados. O diagnóstico sorológico de positividade para sífilis foi feito em duas etapas. A primeira foi o teste do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), que foi expresso em diluições sucessivas. Os testes positivos em qualquer diluição foram confirmados pelo teste de hemaglutinação indireta (HAI). Consideraram-se positivos aqueles pacientes com os dois testes positivos. De maneira semelhante, os pacientes foram testados para o HIV, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) por meio do

teste ELISA e confirmatório com Western Blot. Para a hepatite B foram pesquisados os marcadores Anti-HBc e HBsAg, enquanto que, para a hepatite C foi feita pesquisa de anti-corpos (IgG). Em todos os exames utilizaram-se técnicas padronizadas e disponíveis no mercado: Antígeno de superfície para Hepatite B (HBsAg) (ELISA, BioMérieux®); anti-corpo total para Hepatite B (Anti-HBc) (ELISA, BioMérieux®); anti-corpo para Hepatite C (Anti-HCV) (ELISA, Adaltis®); anti-corpo para HIV (Anti-HIV 1 e 2) (ELISA, Dade Bering®) & WB (Genelabs Abbott®); e Sífilis (VDRL, Wiener Lab®) & Hemaglutinin – HAI, BioMérieux®). O supervisor local foi responsável por acompanhar a coleta e o processamento do sangue e garantir que as alíquotas fossem adequadamente identificadas, estocadas e, posteriormente, enviadas para o LACEN/MG devidamente acondicionadas por meio de empresa especializada.

Os resultados dos exames foram assinados, sem prejuízo para a confidencialidade das informações, e devolvidos para que cada centro pudesse adequadamente comunicar os mesmos aos pacientes, encaminhando para os serviços especializados aqueles cujos exames resultaram positivos ou que necessitaram de nova avaliação. Este processo foi acompanhado por meio de um protocolo específico (Anexo H).

ANÁLISE DOS DADOS

Todos os instrumentos, incluindo anexos de controle e questionários, foram enviados para o GPEAS/UFMG. Os questionários e os resultados de exames foram verificados, digitados em banco de dados (Paradox Windows®) e processados para análise. Foram criados filtros de validação visando aprimorar a qualidade dos dados. A confiabilidade dos dados coletados na entrevista foi avaliada pelo percentual de concordância e do índice de Kappa, comparando-se a entrevista original com uma segunda entrevista para 5% dos pacientes. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* SAS®.

A análise estatística foi realizada levando em consideração os procedimentos de protocolo e as características gerais selecionadas da população em estudo. Dados categóricos foram analisados por meio da distribuição do Qui-quadrado e variáveis contínuas por meio de teste t de Student. A prevalência de cada infecção foi estimada pela divisão do total daqueles com resultado positivo para o teste pelo número total de participantes, que foram testados. Adicionalmente, estimativas pontuais de soroprevalência, com os respectivos intervalos de 95% de confiança foram ajustados para a correlação intra-conglomerado (ou intra-cluster), levando em consideração o desenho amostral adotado, no qual cada centro representava um conglomerado potencial (ROGERS, 1993; WILLIAMS, 2000). Adicionalmente, as estimativas pontuais foram ponderadas proporcionalmente pelo tamanho amostral de cada estrato relativo à sua população total, ou seja, o número de leitos ou o número de pacientes registrados. Prevalências específicas por sexo e idade foram obtidas e comparações externas foram

efetuadas. Associações ajustadas para cada infecção foram estimadas separadamente para idade e sexo, utilizando razões de prevalência (RP) com intervalo de 95% de confiança, obtidos por intermédio do modelo de regressão de Poisson.

TREINAMENTO

O treinamento do Projeto PESSOAS ocorreu nos dias 1º, 2 e 3 de fevereiro de 2006 em Belo Horizonte, MG. No dia 1º de fevereiro, foram feitas apresentações por representantes das instituições envolvidas, um histórico e síntese metodológica do Projeto PESSOAS, seguida da apresentação do protocolo da pesquisa, passo-a-passo, identificando cada etapa e cada instrumento a ser utilizado na pesquisa (Anexo D). A apresentação do protocolo da pesquisa incluiu detalhamento das seguintes etapas: 1) seleção aleatória dos participantes; 2) aplicação da avaliação preliminar a fim de determinar a aptidão do paciente para assinar o termo de consentimento e responder o questionário semi-estruturado; 3) convite para participação na pesquisa, leitura do termo de consentimento e aconselhamento pré-teste, caso o paciente aceitasse realizar a coleta de sangue; 4) realização da entrevista semi-estruturada; 5) coleta de dados do prontuário médico; 6) codificação e verificação; 7) realização de re-entrevistas para 5% da amostra de cada centro; 8) coleta de sangue e novo aconselhamento pré-teste; 9) aplicação do questionário de avaliação de serviços; 10) encaminhamento do material das entrevistas para a Central de Dados, localizada na sede do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS); 11) encaminhamento dos soros para o LACEN/MG; 12) realização dos exames sorológicos pelo LACEN/MG; 13) digitação e análise dos dados pelo GPEAS; 14) devolução dos resultados sorológicos de cada participante para os supervisores. Foram também muito enfatizados a necessidade e o compromisso das instituições no sentido de devolverem os resultados dos exames aos participantes.

No dia 2 de fevereiro, foi apresentado o termo de consentimento, sendo reiterada a importância de fornecer todos os esclarecimentos sobre os procedimentos ao paciente no momento do convite para participar da pesquisa. Em seguida, foi realizada uma dinâmica em grupo para ilustrar a abordagem do paciente psiquiátrico para participação na pesquisa, aplicação do termo de consentimento e realização do aconselhamento pré e pós-teste. Efetuou-se, então, uma leitura detalhada da entrevista semi-estruturada e seu respectivo manual de instrução, discutindo as definições e padronizações utilizadas item por item. O treinamento incluiu a execução da entrevista com um paciente fictício gravada em fita cassete. Após ouvirem a entrevista na íntegra, esclareceram-se dúvidas quanto à dinâmica da entrevista e itens específicos do questionário. Na parte da tarde desse mesmo dia, realizou-se a simulação da entrevista, também com paciente fictício, para exemplificar a dinâmica da abordagem inicial, aplicação da avaliação preliminar, convite, leitura do termo de consentimento, aconselhamento pré-teste e entrevista.

Nesta simulação, cada supervisor/entrevistador fazia uma pergunta e anotava as respostas obtidas em sua cópia do questionário. No dia 3 de fevereiro, na parte da manhã, foi realizada leitura do questionário de avaliação de serviços e seu respectivo manual de instrução. Discutiram-se as definições e padronizações de cada item do questionário. No final da manhã, foram prestados os devidos esclarecimentos sobre o pagamento da supervisão de campo e entrevistadores. Na parte da tarde, apresentou-se o fluxograma da coleta de sangue, passo a passo, incluindo práticas de biossegurança, coleta do sangue, centrifugação, armazenamento em tubos de plástico e congelamento dos soros. Ao final do treinamento foi solicitado que os supervisores nos enviassem um relatório do treinamento, descrevendo: 1) suas impressões gerais; 2) avaliação de cada etapa do treinamento; 3) problemas detectados; 4) número atual de atendimentos/leitões realizados/disponíveis por mês; 5) proposta para a operacionalização da coleta de sangue; 6) aproveitamento pessoal; 7) avaliação final.

COMPONENTE QUALITATIVO

No que se refere à singularidade dos sujeitos e à subjetividade envolvida nos riscos, cuidados e prevenção das IST, objetos do presente estudo (Hepatites B e C, Sífilis), além da infecção pelo HIV/aids, o grupo de pesquisadores do Projeto PESSOAS optou por uma análise aprofundada das experiências e representações de pessoas acompanhadas em serviços de saúde mental (Hospitais e CAPS) para compreender suas idéias e concepções sobre esses agravos e suas maneiras de pensar e agir no que se refere aos seus riscos.

O EIXO QUALITATIVO NO CONTEXTO DO PROJETO PESSOAS

A discussão sobre riscos à saúde inclui as formas de pensar a saúde e a doença e as maneiras de agir, individual e coletivamente, o que concerne tanto à organização dos serviços de saúde como às posturas, representações e interações sociais relativas ao cuidado consigo e com os outros. No caso das IST, objeto do nosso estudo, a imbricação destas categorias psicossociológicas traz no seu centro tudo o que se refere às maneiras de pensar e agir sobre a sexualidade.

A questão central, no eixo qualitativo da presente pesquisa, diz respeito, pois, às crenças, introjeção de valores, subjetividade e práticas dos sujeitos diante do risco de se infectarem ou de infectarem outras pessoas. Pressupõe-se que as representações sobre estas doenças, sobre risco em saúde e sobre risco em geral, na vida, estão interligadas, definindo possibilidades de aprendizagem, de manutenção ou mudança de postura para a prevenção, bem como para o cuidado após o adoecimento. Tal pressuposto torna-se mais abrangente, pois coloca-nos a questão da compreensão e das atitudes dos sujeitos por serem estes, também, portadores de algum tipo de agravo mental.

Como estas pessoas elaboram e constroem suas posturas diante do risco, em relação à vivência de sua sexualidade? O que acreditam ser risco real ou imaginário e como este está inscrito no seu círculo social? Que limites existem sobre a negação do risco nesta população específica? Assim, o objetivo do componente qualitativo foi compreender as representações em torno do risco e da prevenção de infecção pelo HIV e adoecimento pela aids, buscando relacioná-las à sexualidade, trajetórias de vida e interações sociais de pessoas portadoras de doença mental, atendidas em serviços hospitalares e da rede básica de atendimento em saúde mental (CAPS).

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de cunho qualitativo, tendo como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais (TRS). Jovchelovitch & Guareschi (1995) enfatizam o significado dessas representações enquanto um fenômeno psicossocial que se encontra arraigado no espaço público e nos processos através dos quais o indivíduo desenvolve uma identidade social, cria símbolos e abre-se para uma diversidade de um mundo coletivo. Os significados, elaborados por um grupo social, transformam-se, tornam-se subjetivados e são expressos nas atitudes, palavras e ações nas relações com os outros.

ATRS tem-se mostrado um importante instrumento para os estudos de situações sociais, em razão de seu valor heurístico e de sua contribuição para a análise das relações intergrupais, da influência da cultura na introjeção de valores e da definição de comportamentos, sendo utilizada na sociologia, na psicologia social e na antropologia, dentre outros.

As representações são construídas socialmente, com maior ou menor possibilidade de mudança, mas sempre explicitando as relações do conhecimento do senso comum com as informações científicas e outras que circulam no meio social. Para os portadores de doença mental, essas representações são apropriadas dentro das limitações pelo tipo de agravo, mas estão presentes, fundamentando formas próprias de lidar com os riscos de infecção, com a prevenção e controle da aids.

O risco é, então, considerado como inscrito no contexto de vida do sujeito em forma de representação, que é traduzida em significados e valores, organizada de acordo com um substrato cultural, e vivenciada com a inclusão de uma materialidade e de uma subjetividade que são definidas na ambigüidade entre a maior ou menor possibilidade de escolha do indivíduo e maior ou menor sujeição ao que está instituído.

Na materialidade e subjetividade incluem-se o acesso à informação recebida e compreendida, aos bens sociais, de consumo e de serviços, às regras e normas provenientes da sociedade, além da capacidade da família e dos profissionais de saúde em contrapor a vulnerabilidade proveniente do próprio agravo mental com a construção de um substrato que permita aos sujeitos crescerem em sua autonomia.

Ao se discutir risco de contrair o HIV e as demais infecções sexualmente transmissíveis, está-se falando de como o sujeito pensa e expressa a sua sexualidade e sua inclusão como consumidor de álcool e drogas, como mostra a epidemiologia: esse consumo fragiliza os indivíduos no cotidiano, que acabam realizando práticas não seguras nas relações sexuais e também no momento do consumo de drogas injetáveis. O consumo de álcool e drogas, conjugado aos transtornos mentais, oferece a possibilidade de uma prática mais desinibida, porque o sujeito pode se ver como mais forte do que tudo em torno dele. Há um egocentrismo construído na prática das interações, que aparece também na diminuição da incapacidade de avaliar corretamente as posturas e práticas do outro. Em primeira instância, para pessoas com agravos mentais e consumidores compulsivos de álcool e drogas, o outro inexistente ou existe somente como um objeto de dor, de prazer, de julgamento ou cerceamento, entre outros.

Vale ressaltar que as representações são aqui consideradas não somente, ou obrigatoriamente, como um processo de transformação do conhecimento científico para um grupo, coletividade ou sujeito, que dele se apropriam coerente ou incoerentemente, como propôs Moscovici (1961), mas um conjunto que inclui valores, cultura e práticas destes grupos, coletividades ou sujeitos (HERZLICH, 2005; JODELET, 1989, 1994, 1997), que não necessariamente passam primeiro por conhecimentos provenientes da ciência (GIAMI, 2004, 2007; GIAMI; VEIL, 1994).

Em estudos anteriores, Giami & Veil (1994), Giami (2007) afirmam a existência de circularidade e reciprocidade entre conhecimento científico e representações, exemplificando com o fato de que as primeiras teorias sobre a aids (que surgiram antes que se descobrisse o vírus e a síndrome) estavam carregadas de pré-concepções/preconceitos sociais e psicológicos sobre a homossexualidade e o uso de drogas, o que foi também analisado por Grmek (1989), Oppenheimer (1988) e Patton (1990). Fundamentados em resultados de suas pesquisas, discutem o fato da quase simultaneidade das descobertas científicas e sua difusão na mídia, considerando-o como algo que afetou profundamente o rumo de descobertas posteriores. Nesse sentido, Giami (2007) afirma que a ciência acaba sendo influenciada por estereótipos, citando o caso das inovações científica e médica em sexologia comprometidas pelos estereótipos de gênero, por exemplo. Pode-se, então, afirmar junto com o autor, a existência de “um processo de transformação de certas representações e concepções, científicas ou não, em teoria científica que poderá ser utilizada posteriormente pelo senso comum” (GIAMI; VEIL, 1994).

Além disso, faz-se necessário lembrar que a ocorrência de representações tem a função de fazer com que o sujeito se reconheça em um grupo ou de definir um grupo social em sua especificidade, mas há também funções das representações que são intra e interindividuais, além de intrapsíquicas, para cada sujeito. De um lado, a apropriação de uma representação ‘social’ ocorre pelo filtro do sujeito e, de outro lado, este elabora representações que poderão ser mais ou menos compartilhadas socialmente.

Assim, as representações estão presentes nas falas e nas práticas das pessoas, servem de guia ou de defesa para suas condutas, têm um conteúdo de justificação ou de interpretação dos fatos, acontecimentos e sentimentos que as envolvem, além de se configurarem como um sistema do “pronto para pensar”, “pronto para sentir”, como o prêt-à-porter na moda (GIAMI; VEIL, 1994). Para pessoas com transtornos mentais graves, os estereótipos, imagens e metáforas que explicitam as representações do mundo parecem ser mais rígidos, segundo Gilman (1985, 1988). O autor, ao estudar doença mental e sexualidade, diz que o estereótipo preexiste à experiência efetiva do mundo e do ambiente, sendo seu funcionamento mais rígido para as personalidades patológicas e mais leves para personalidades não-patológicas:

Os estereótipos podem coexistir – e o fazem sempre – em paralelo com a aptidão em criar categorias racionais que transcendem à diferenciação radical presente no estereótipo. Nós temos a capacidade de distinguir o “indivíduo” da categoria estereotipada na qual o objeto pode ser assimilado automaticamente. A personalidade patológica não desenvolve essa capacidade e percebe o mundo inteiro numa linha que estabelece uma separação rígida com a diferença. A representação do mundo construída pela personalidade patológica responde à necessidade de traçar uma diferenciação estrita, enquanto que, para o sujeito não patológico, o uso do estereótipo aparece como um mecanismo de defesa que pode ser momentaneamente utilizado e abandonado ao se ultrapassar a ansiedade. O primeiro desenvolve uma agressividade constante por pessoas reais e objetos que correspondem às suas representações estereotipadas e o segundo é capaz de reprimir sua agressividade e entrar em relação com esses sujeitos que serão considerados pessoas (GILMAN, 1985, p. 18).

Se se considerar, pois, que pessoas com agravos mentais estabelecem idéias mais rígidas, falsas ou verdadeiras, sobre os outros, sobre os acontecimentos, eventos e informações, sobre os objetos enfim, pode-se pressupor que as representações acerca da aids e das IST trazem estereótipos e representações correntes na sociedade, embora tal não ocorra necessariamente. Pode-se pressupor, ainda, que as representações presentes fazem parte de um conjunto “sólido” de crenças e valores não somente sobre os referidos agravos, mas também sobre os transtornos mentais, sobre si mesmos e suas identidades, ancoradas em seus próprios contextos sociais e psíquicos (PATIN, 2000).

SUJEITOS E CENÁRIO

Foram entrevistadas pessoas que estavam sendo acompanhadas em serviços públicos de saúde mental, hospitalizadas ou em acompanhamento ambulatorial (CAPS), contactadas pelo profissional responsável pelo projeto PESSOAS no serviço, definidas como fora de crise e em condições de manter diálogo com o pesquisador, e que aceitaram participar, também, da parte qualitativa do estudo. Os sujeitos foram, então, informados pelos profissionais de saúde que os acompanhavam nos tratamentos, avaliados por esses em relação à condição clínica para a possibilidade de realização de entrevistas, e, em seguida, agendados. As entrevistas foram realizadas posteriormente em sala reservada, para preservar a intimidade dos sujeitos. Antes de

iniciar a entrevista, os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa, com os devidos esclarecimentos sobre seus objetivos e finalidades, lembrando a importância da preservação do sigilo e o respeito à vulnerabilidade desse grupo. Após os esclarecimentos, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as entrevistas foram iniciadas em duas partes: a primeira, contemplando os dados objetivos de vida do sujeito, que foram anotados na folha do roteiro (Anexo I) ou gravadas, e, a segunda parte, obrigatoriamente gravada, abordando as questões pertinentes ao tema. Não houve definição do número de participantes, *a priori*, sendo o critério para suspensão da coleta de novas entrevistas o da saturação dos dados (repetitividade e exaustão dos significados em torno dos temas tratados), com a análise preliminar do material resultando em 40 entrevistas realizadas, uma delas perdida por dificuldades técnicas. Os serviços de saúde escolhidos para a coleta foram: o Hospital Galba Veloso e o Instituto Raul Soares, dois hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, Minas Gerais, o CERSAM Betim, localizado no Bairro Citrolândia em Betim, Minas Gerais, que funciona no conjunto da Colônia Santa Izabel, antigo serviço de atendimento e moradia de pacientes hansenianos, além do CAPS Carmo, localizado no estado do Rio de Janeiro. Foram realizadas trinta entrevistas em Minas Gerais e nove no Rio de Janeiro, pela facilidade de acesso dos pesquisadores a esses serviços e considerando que a representatividade desse tipo de pesquisa está na saturação dos conteúdos e não na distribuição espacial no país, que foi um dos critérios para a seleção da parte quantitativa do projeto. Após a coleta de dados pelas entrevistas, os prontuários dos respectivos entrevistados foram consultados e anotaram-se os dados objetivos que caracterizam o histórico e o contexto da doença mental e de vida dos entrevistados.

MÉTODO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas fundamenta-se em noções da análise estrutural de narração proposta por Demazière & Dubar (1997), seguindo as teorias de Barthes (1981) e Greimas (1966, 1981). A técnica de análise prevê uma divisão do trabalho de interpretação das falas em três etapas. A primeira etapa corresponde à análise de cada entrevista, separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento é o de leitura vertical (BLANCHET; GOTMAN, 1992), buscando o sentido global de cada entrevista, quando também são marcadas noções e palavras que chamam a atenção, permitindo conhecer o “tom” da entrevista e indicar temas presentes.

Num segundo momento, chamado de leitura horizontal (BLANCHET; GOTMAN, 1992), o conjunto do texto é decorticado em seqüências numeradas em ordem crescente (S1, S2, S3...), fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significações para a pessoa que fala em torno de cada objeto da narração. Esses objetos encontram-

se, obviamente, espalhados ao longo da fala, pois essa é sempre um processo de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los. Em seguida, os objetos e suas explicações são reagrupados, reorganizando as seqüências por temas/unidades de significado, na totalidade do relato, tentando encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou.

A análise estrutural de narração permite, assim, recuperar a complexidade das experiências dos entrevistados, em uma leitura horizontal, e os enunciados são categorizados nas suas similitudes e diferenciações, nas disjunções e conjunções apresentadas. Esta fase resulta na síntese de cada entrevista, com o que se chama “reconstrução dos dados”, para explicitação do conteúdo de cada uma. Nesse momento, cada entrevistado já recebe um pseudônimo, que foi escolhido por ele ou, quando não quis fazê-lo, pelo pesquisador.

A segunda etapa do trabalho consiste em encontrar o que é comum e discordante no conjunto de entrevistados para agrupar e categorizar os significados explicitados, em uma leitura chamada de transversal por Blanchet & Gotman (1992), desvelando as representações que os entrevistados têm sobre as doenças, os riscos e a prevenção das IST.

Em seguida, passa-se à terceira etapa, correspondente ao fechamento da análise, que podemos chamar de teorização, na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas serão aprofundadas pelas leituras e reflexões teóricas do pesquisador (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997; DUBAR, 1998; PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2005). Os dados encontrados nos prontuários foram utilizados de forma complementar para contextualizar a história de vida dos entrevistados.

REFERÊNCIAS

BARTHES, R. *Introduction à l'analyse structurale des récits*. In: L'ANALYSE structurale du récit. Paris: Seuil, 1981. p. 7-33. (Communications, 8).

BLANCHET, Alain; GOTMAN. *Lenquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan, 1992. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos de Aids notificados: janeiro a dezembro de 2003. *Boletim Epidemiológico*, [S.l.], ano 17, n. 1, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Relatório interno*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Fluxograma para o diagnóstico de HIV*. 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BD7D56D58-92C6-4B97-BB1A-C4804EC8D9DD%7D/luxograma.jpg>>.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, 1997.

- DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ. Soc.*, [S.l.], v. 19, p. 13-30, 1998.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, [S.l.], v. 12, p. 189-198, 1975.
- FOREMAN, E. K. *Survey Sampling Principles*. New York: Dekker, 1991.
- GIAMI, A. *O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, instituição*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- _____. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis*, [S.l.], v. 17, p. 301-320, 2007.
- GIAMI, A.; VEIL, C. *Des infirmières face au sida, représentations et conduites, permanences et changements*. Paris: Ed INSERM, 1994.
- GILMAN, S. *Diference and pathology, stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca: Cornell University Press, 1985.
- _____. *Disease and representation, images of illness from madness to AIDS*. Ithaca: Cornell University Press, 1988.
- GREIMAS, A. J. *Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique*. In: L'ANALYSE structurale du récit. Paris: Seuil, 1981. p. 28-65. (Communications, 8).
- GREIMAS, A. J. *Sémantique structurale, recherche et méthode*. Paris: Larousse, 1966.
- GRMEK, M. *Histoire du sida*. Paris: Payot, 1989.
- GUIMARÃES, M. D. C. et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project. *Rev. Bras. Psiquiat.*, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 55-59, 2008.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS, 2005.
- JODELET, D. (Dir). *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1994.
- _____. *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF, 1989.
- _____. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1997.
- JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. *Textos em representação social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- LEVY, P. S.; LEMESHOW, S. *Sampling of Populations: Methods and applications*. New York: John Wiley, 1991.
- 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.
- MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with psychiatric dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Brazilian Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 27, p. 113-118, 2005.
- MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF, 1961.

OPPENHEIMER, G. In the eye of storm: the epidemiological construction of AIDS. In: FEE, E.; FOX, D. (Ed.). *AIDS: The burden of history*. Berkeley: University of California Press, 1988. p. 267-300.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes. In: _____. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin, 2005. p. 147-179.

PATIN, B. *Maladie mentale & infection à VIH, étude psychosociale des représentations et des comportements en milieu psychiatrique: prise en charge, prévention et responsabilité*. Thèse de doctorat. Paris: EHESS, 2000.

PATTON, C. *Inventing AIDS*. New York: Routledge, 1990.

ROGERS, W. H. Regression standard errors in clustered samples. *Stata Technical Bulletin*, [S.l.], v. 13, p. 19-23, 1993.

SIQUEIRA, A. L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M. C. F. M. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. In: REUNIÃO REGIONAL DA ABE, 32., 2001, Salvador. [Anais...] Salvador: Associação Brasileira de Estatística, 2001.

WILLIAMS, R. L. A note on robust variance estimation for cluster-correlated data. *Biometrics*, [S.l.], v. 56, p. 645-646, 2000.

TABELA 1

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES E NÚMERO DE ATENDIMENTO NOS CAPS¹, BRASIL, 2004, E A DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL, PROJETO PESSOAS.

	N (%)	n amostral (%)
Leitos	49.290 (38)	1.281 (38)
Atendimentos nos CAPS	81.505 (62)	2.119 (62)
TOTAL	130.795 (100)	3.400 (100)

⁽¹⁾ Ministério da Saúde, 2004

TABELA 2

TAMANHO AMOSTRAL ESTIMADO DE ACORDO COM AS REGIÕES, TIPO DE SERVIÇO, E DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS EM 2003, PROJETO PESSOAS.

Regiões	Tipo de Serviço			Casos de aids (%)⁽¹⁾
	Hospitais	CAPS	Total	
Norte	26	44	70	2
Nordeste	111	183	294	9
Sul	206	341	547	16
Sudeste	880	1.455	2.335	69
Centro-Oeste	58	96	154	5
TOTAL	1.281	2.119	3.400	100

⁽¹⁾ Ministério da Saúde, 2004

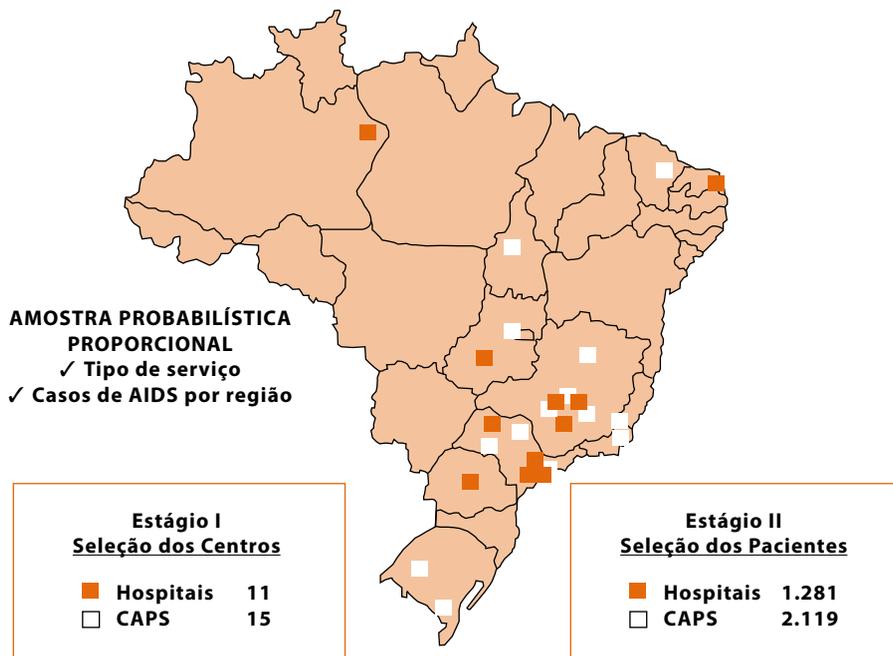
TABELA 3

TAMANHO AMOSTRAL DE ACORDO COM OS CENTROS PARTICIPANTES,
PROJETO PESSOAS.

Região	UF	Cidade	Centro	N Leitos ou atendimento ⁽¹⁾	Tamanho amostral	Peso % ⁽²⁾
Hospitais						
Norte	AM	Manaus	Hosp Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	126	26	21
Nordeste	RN	Natal	Hosp Colônia João Machado	221	111	50
Sul	PR	Maringá	Hosp Psiquiátrico de Maringá	364	206	57
Sudeste	SP	Sorocaba	Hosp Psiquiátrico Vera Cruz	558	112	20
	MG	Divinópolis	Clínica São Bento Menni	110	110	100
	MG	Belo Horizonte	Instituto Raul Soares	120	149	124
	MG	Belo Horizonte	Hospital Galba Veloso	170	149	88
	SP	Sorocaba	Mental Medicina Especializada	420	113	27
	SP	Franco da Rocha	Depart Psiquiatria II Franco da Rocha	1.178	118	10
	SP	Lins	Hospital Clemente Ferreira	230	92	40
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Clínica Isabela	258	58	22
CAPS						
Norte	TO	Paraíso	CAPS Paraíso	165	44	27
Nordeste	CE	Morada Nova	CAPS Morada Nova	220	183	83
Sul	RS	Capão do Leão	CAPS Casa Vida	165	170	103
Sudeste	RS	Santiago	CAPS Nossa Casa	165	171	104
	SP	São José do Rio Pardo	CAPS São José do Rio Pardo	165	165	100
	MG	Betim	CERSAM César Campos	165	165	100
	MG	Formiga	CAPS Formiga	165	165	100
	RJ	Cantagalo	CAPS Cantagalo	165	165	100
	RJ	Carmo	CAPS Carmo	165	165	100
	SP	Assis	CAPS Assis	220	100	45
	SP	Francisco Morato	CAPS Francisco Morato	220	100	45
	MG	Montes Claros	CAPS Policlínica Dr. Hélio Sales	220	190	86
	SP	Guarujá	CAPS II José Foster Jr.	220	120	55
	MG	Neves	CAPS Renascer	220	120	55
Centro-Oeste	GO	Anápolis	CAPS Vidativa	220	96	44
TOTAL				6.615	3.363	51

⁽¹⁾ Número de leitos ou atendimento nos centros (universo)⁽²⁾ Peso relativo do tamanho amostral em relação ao universo de leitos ou atendimentos

FIGURA 1



PROJETO PESSOAS - RECRUTAMENTO E ANÁLISE DESCRITIVA

Mark Drew Crosland Guimarães¹, Francisco de Assis Acurcio², Lorenza Nogueira Campos³,
Ana Paula Souto Melo⁴, Mariângela Leal Cherchiglia⁵, Ricardo Andrade Carmo⁶,
Helian Nunes de Oliveira⁷, Carla Jorge Machado⁸

RECRUTAMENTO

A Figura 1 e a Tabela 1 mostram o recrutamento de acordo com as diferentes etapas do Projeto. Abordaram-se 3.255 pacientes, dos quais 2.763 (84,9%) foram considerados aptos a participar da pesquisa pela avaliação preliminar. Dentre os não-aptos (n=492), a maioria apresentava algum grau de desorientação espaço-temporal, de desagregação do curso do pensamento ou fuga de idéias (94,7%), e algum nível de deficiência mental (leve a grave) (83,2%), enquanto que somente 7,4% responderam corretamente a sete ou mais itens da avaliação preliminar, em comparação com 92,3% dos participantes (n=2.475). Outros motivos para um paciente ser considerado não-apto foram: confusão mental, desorientação ou delírio, déficit cognitivo, pensamentos desagregados, demência, deficiência auditiva ou mutismo, doença psiquiátrica grave, agressividade, não oferecer condições de abordagem, não manter contato verbal, apresentar-se em crise ou contra-indicação clínico-psiquiátrica registrada.

Dentre os aptos, 288 (10,4%) não participaram do projeto por motivos variados (p. ex: recusa total, não-localizado, não-comparecimento, não-elegível, paciente interditado, óbito, aceitou somente colher sangue). Aproximadamente 90% dos participantes aptos (n=2.475) realizaram a primeira entrevista, sendo que para a maioria deles (97,3%) isso ocorreu na primeira tentativa, e 83% (n=2.300) coletaram sangue para as sorologias. Um total de 2.238 (81,0%) participantes realizaram ambos os procedimentos, entrevista e coleta de sangue. Cerca de 6% (n=139) dos pacientes foram re-entrevistados.

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

⁴ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG; Instituto Raul Soares, FHEMIG

⁵ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

⁶ Centro de Referência e Treinamento em Doenças Infecto-Parasitárias, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais

⁷ Instituto Raul Soares, FHEMIG

⁸ Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais

A Tabela 2 mostra a distribuição do recrutamento. O centro 24 teve a mais baixa proporção de recrutamento em relação à amostra, a qual ficou em torno de 50%. De uma forma geral, a perda de pacientes para a entrevista (26,0%) em relação ao total recrutado (n=3.255) foi aceitável e inferior à estimativa inicial de 40%. Entretanto, alguns centros obtiveram índices de não-participação superiores a 40% (Centros 4, 9 e 17), devido a situações e características específicas, incluindo: reforma do serviço, hospitais psiquiátricos com um número considerável de pacientes crônicos ou residentes e pacientes inscritos nos CAPS, em regime de acompanhamento não-intensivo com poucas visitas mensais. A coleta de sangue ocorreu para 70,7% dos recrutados, com perdas variando de 3% a 49% em relação aos recrutados de cada centro. Finalmente, o índice geral de participação incluindo a realização de ambos os procedimentos, entrevista e coleta de sangue, foi de 68,8% em relação aos recrutados. Observa-se que os índices de recrutamento (entrevista e coleta de sangue) foram menores nos centros hospitalares comparados aos CAPS, 64,3% e 71,5%, respectivamente.

O primeiro centro a iniciar a fase de coleta de campo foi o centro 2, em 1º de junho de 2006, e o último, o centro 9, em 24 de julho de 2006. O primeiro centro a encerrá-la foi também o 2, em 28 de junho de 2006, e o último, o centro 7, em 28 de outubro de 2006. Assim, a duração da coleta variou de 27 a 145 dias, com uma média de 72 dias (Tabela 3). O tempo entre o término da coleta e o envio dos soros para o LACEN/MG variou de 6 a 38 dias (média=20 dias), e a realização dos exames, por sua vez, demorou 89 dias, em média. Isso ocorreu devido ao fluxo de envio dos soros pelos centros e à necessidade de se ter um número mínimo para cada lote de exames a serem feitos.

O GPEAS recebeu os resultados dos exames sorológicos, assinados e conferidos, em 13 de dezembro de 2006, tendo procedido imediatamente às devidas averiguações e envio desses resultados para os centros. Com o objetivo de monitorar e sistematizar este processo, foi utilizado um instrumento de controle a ser preenchido pelo supervisor (Anexo H). Além disso, para efeitos da pesquisa, optou-se por registrar até quatro tentativas de devolução dos resultados. Uma análise preliminar (Tabela 4) indica que os exames foram devolvidos, para a maioria dos participantes, na primeira tentativa (n=1479; 82,0%), enquanto que para 65 (3,6%), 129 (7,2%) e 99 (5,5%) foram feitas duas, três e quatro tentativas de entrega dos resultados, respectivamente. Após as quatro tentativas estipuladas pelo protocolo da pesquisa, 16,9% (n=304) ainda não haviam recebido os mesmos. O principal problema encontrado durante essa etapa foi a não localização do paciente. Recomendou-se que os centros continuassem a devolução de exames durante as consultas de rotina. Após a finalização do projeto, 1.327 pacientes (73,6%) continuaram vinculados aos serviços, enquanto que 282 (15,6%), 93 (5,2%) e 33 (1,8%) foram encaminhados para outros serviços, receberam alta sem encaminhamento e abandonaram os serviços, respectivamente.

A Tabela 5 mostra a análise de participação comparando-se participantes, não-participantes e não-aptos. Participantes e não-participantes diferiram somente em relação ao local da pesquisa ($p < 0,0001$), enquanto que indivíduos não-aptos eram principalmente pacientes hospitalizados ($p < 0,0001$), homens ($p < 0,0001$), com idade maior que 35 anos ($p < 0,0001$), e baixa escolaridade ($p < 0,0001$). Nenhuma diferença foi encontrada entre participantes e não-participantes ou não-aptos com relação aos diagnósticos psiquiátricos graves (esquizofrenias, transtorno bipolar e depressão com sintomas psicóticos).

DESCRIÇÃO GERAL

As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 6. Um total de 898 (34,9%) dos entrevistados encontravam-se internados em hospitais psiquiátricos, enquanto que 1.577 (65,1%) estavam inscritos para acompanhamento nos CAPS. A maioria dos participantes era do sexo feminino (51,6%), tinha 40 ou mais anos de idade (54,6%), cor de pele branca (51,4%), e estavam solteiros/separados quando da realização da pesquisa (62,6%). Cerca de 58,0% tinham pelo menos um filho, 48,7% não completaram o 1º grau (< 5 anos de escolaridade) e apenas 17,9% declararam não saber ler ou escrever. Cerca de 60% dos participantes tiveram renda nos últimos seis meses, sendo a maioria proveniente de benefício e aposentadoria por doença (57,0%). A renda familiar no último mês foi menor ou igual a um salário mínimo (R\$350,00) para 51,0% dos participantes. Nota-se que, enquanto 96,2% ($n=1.517$) dos participantes selecionados nos CAPS residiam no mesmo município onde o centro se localizava, apenas 43,9% ($n=394$) dos participantes dos hospitais psiquiátricos também moravam no mesmo município destes. Cerca de 18% dos participantes já foram moradores de rua, enquanto que 19,5% moravam sozinhos. Somente 10,3% tinham plano de saúde, enquanto que 55,0% pertenciam a alguma religião e eram praticantes da mesma.

Em relação às variáveis clínicas selecionadas (Tabela 7), 1.434 (57,9%) tinham história de internação anterior em hospital psiquiátrico, sendo que 19,0% relataram mais de três internações prévias. Para os pacientes dos CAPS, 1.085 (68,8%) relataram ter comparecido ao serviço na última semana, enquanto que 448 (30,9%) já haviam interrompido o tratamento alguma vez. Os diagnósticos psiquiátricos (CID-10) mais freqüentes foram as esquizofrenias e psicoses não especificadas (47,7%), seguidas por transtorno depressivo (12,9%) e transtorno bipolar (9,3%). Embora 1.109 participantes (44,8%) tenham declarado outra condição clínica, apenas 549 (22,2%) deles tinham alguma outra co-morbidade clínica registrada em prontuário. As co-morbidades clínicas mais freqüentemente registradas foram as doenças cardiovasculares (5,6%), seguidas pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2,8%), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (2,0%) e

doenças do aparelho digestivo (1,8%). A maior parte dos entrevistados, 62,5% relatou corretamente os nomes dos medicamentos psiquiátricos em uso e 35,4% indicaram alguma reação adversa relacionada aos mesmos. Somente 26,3% afirmaram terem sido vacinados contra hepatite B. História de infecções sexualmente transmissíveis (IST) ao longo da vida foi relatada por 23,0% dos pacientes, sendo que 236 (9,5%), 83 (3,3%), 82 (3,3%), 72 (2,0%), 71 (2,9%) e 52 (2,1%) relataram episódios de gonococcia, sífilis, herpes, condiloma, infecção por clamídia e cancro, respectivamente. Já nos últimos seis meses, 118 pacientes (4,8%) relataram pelo menos uma IST, sendo 37 (1,5%), 34 (1,4%), 30 (1,2%), 23 (1,0%), 14 (0,6%) e 7 (0,3%), respectivamente, relativos a episódios de infecção por clamídia, herpes, gonorréia, condiloma, sífilis e cancro nos últimos 12 meses. A grande maioria dos pacientes já haviam ouvido falar de aids (93,6%), enquanto que somente 27,0% haviam feito o exame anti-HIV anteriormente à pesquisa (n=668); a maior parte destes sabia do resultado (86,4%), dos quais 3,8% eram positivos. Finalmente, a auto-percepção de risco para adquirir o HIV foi definida como algum ou alto para 40,8% dos participantes.

Com relação às variáveis relacionadas ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas (Tabela 8), o tabagismo foi relatado por 71,2% e 52,3% para, respectivamente, alguma vez ou atualmente, com idade de início abaixo dos 15 anos para 45,0% dos participantes. O consumo diário foi de 1 a 20 cigarros para 82,7% dos participantes. Além disso, 77,3% afirmaram fumar dentro do serviço, sendo que 26,8%, 13,3%, 10,7% e 6,4% trazem cigarros de casa, os recebem de outras pessoas, de outros pacientes ou de funcionários, respectivamente. O uso de álcool alguma vez na vida foi relatado por 64,4% dos pacientes, com início do uso antes dos 15 anos para 24,8%. Somente 2,5% afirmaram ter bebido pelo menos uma vez na instituição. A maconha foi a droga mais utilizada, tanto alguma vez na vida quanto no último mês (21,9% e 8,8%, respectivamente), seguida pela cocaína (10,6% e 3,4%), crack (6,4% e 5,4%), alucinógenos (4,3% e 0,8%), anfetaminas (4,2% e 1,6%) e solventes (1,2% e 0,4%). A maconha foi também a droga ilícita mais utilizada dentro do serviço de atenção (1,1%). O uso de droga injetável foi relatado por somente 2,9% (n=72), sendo que, destes, 87,5% (n=63) relataram já ter compartilhado seringas.

Em relação ao comportamento sexual (Tabela 9), a grande maioria já tivera relação sexual (87,6%), com uma menor proporção de sexualmente ativos nos últimos seis meses (61,3%). A primeira relação sexual ocorreu antes de 18 anos para a maioria (67,0%), e, em geral, deu-se com um parceiro do sexo oposto tanto para mulheres (98,1%) quanto para homens (90,2%). O uso de preservativo foi extremamente baixo nessa população. Apenas 8,0% declararam ter usado preservativo em todas as relações sexuais durante a vida, enquanto que somente 16,2% usaram preservativo em todas as relações sexuais nos últimos seis meses. Dos participantes sexualmente ativos, 39,8% e 60,1% nunca usaram preservativos em toda a vida ou nos últimos seis meses, respectivamente. Além disto, 27,4% relataram que o(a) parceiro(a) sexual já recusara usar o preservativo

alguma vez e somente 24,7% usaram preservativo na última relação. Aproximadamente 30,0% dos pacientes relataram ter oferecido ou recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo. Por último, são preocupantes os dados sobre violência nessa população. Uma grande parcela relatou já ter sofrido violência verbal (68,9%), física (58,0%) ou sexual (18,6%), pelo menos uma vez.

A Figura 2 sintetiza alguns dos principais marcadores de vulnerabilidade nessa população. Percebe-se que a maioria dos participantes era sexualmente ativa, tanto ao longo da vida quanto nos últimos seis meses. No entanto, a proporção de uso de preservativos em todas as relações sexuais durante toda a vida foi muito baixo, mesmo quando comparado com o comportamento sexual de adultos brasileiros (8% e 24%, respectivamente) (BERQUÓ et al, 2004). De forma semelhante, o uso de preservativos na última relação sexual foi também muito mais baixo do que a média de adultos brasileiros (26% e 65%, respectivamente) (BERQUÓ et al, 2004). Além disso, foi alta a proporção de pacientes com múltiplos parceiros, apesar de ter havido redução nos últimos seis meses. Chama atenção a alta proporção de pacientes com história de alguma IST, tanto ao longo da vida quanto nos últimos doze meses. Apesar disso, somente um quarto destes havia feito exame anti-HIV.

ESTIMATIVAS DAS SOROPREVALÊNCIAS

A Tabela 10 mostra os resultados de soroprevalência para cada marcador com o intervalo de 95% de confiança corrigido pelo desenho amostral. A prevalência geral variou de 0,80% para o marcador de infecção anti-HIV a 2,63% para o anti-HCV, enquanto que a prevalência do anti-HBc, marcador de exposição para a hepatite B, foi muito superior (14,7%). Prevalências específicas por idade e sexo revelaram um padrão que demanda atenção das autoridades de saúde pública: para sífilis e HIV, as taxas mais elevadas verificaram-se entre mulheres mais jovens (1,39% e 1,09%, respectivamente), enquanto que para três marcadores de hepatites B e C, as taxas mais elevadas foram observadas entre homens mais velhos (2,97%, 24,59% e 4,71%, respectivamente, para HBsAg, anti-HBc e anti-HCV). Comparativamente à menor prevalência para cada marcador, a prevalência de HIV em mulheres mais jovens foi duas vezes o valor da prevalência de HIV para homens jovens; a prevalência de sífilis em mulheres jovens foi quase duas vezes à de homens mais velhos; a prevalência de HBsAg entre homens mais velhos foi quase três vezes à de mulheres mais velhas; a prevalência de anti-HBc entre homens mais velhos foi mais de três vezes à de mulheres mais jovens; e, finalmente, a prevalência de anti-HCV entre homens mais velhos foi mais de quatro vezes à de mulheres mais jovens. A escassez de estudos com amostras representativas realizados no Brasil torna a comparação com outros estudos uma tarefa árdua. Contudo, tomando-se por base os estudos existentes com amostras em âmbito nacional, a prevalência da infecção

pelo HIV na população de pacientes psiquiátricos foi duas vezes a de mulheres grávidas (prevalência=0,4%) e quase nove vezes a de recrutas militares (prevalência=0,09%). Adicionalmente, a prevalência do HIV foi superior à estimativa para a população brasileira adulta (prevalência=0,61%). Ademais, a prevalência de todos os marcadores de hepatite C e hepatite B foi superior na população do presente estudo, comparativamente aos dados de outros trabalhos realizados, incluindo um estudo com amostra representativa da população do município de São Paulo (HCV=1,42% e anti-HBc=5,9%). Por outro lado, a prevalência de sífilis entre os pacientes psiquiátricos foi inferior relativamente a um outro estudo representativo para parturientes (prevalência=1,7%), mas superior comparativamente à prevalência entre recrutas militares (0,9%) ou outras populações (Figuras 3 a 7) (DOURADO et al, 2004; FIGUEIRÓ FILHO et al, 2007; FOCACCIA et al, 1998; NASCIMENTO et al, 2008; REICHE et al, 2000; RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; SOUZA et al, 2004; SZWARCOWALD et al 2005; SZWARCOWALD; SOUZA, 2006; TOLEDO et al, 2005). Finalmente, chama atenção a alta proporção de pacientes com pelo menos um dos marcadores sorológicos positivo (20%), indicando a necessidade de prover cuidados imediatos para essa população.

REFERÊNCIAS

BERQUÓ, E. et al. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série Avaliação, 4). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/avalia4/home.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2008.

DOURADO, I. et al. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, p. 25-32, 2007.

FIGUEIRÓ FILHO, E. A. et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV-I/II em gestantes no Estado do Mato Grosso do Sul. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 40, p. 181-187, 2007.

FOCACCIA, R. et al. Estimated Prevalence of Viral Hepatitis in the General Population of the Municipality of São Paulo, Measured by a Serologic Survey of a Stratified, Randomized and Residence-Based Population. *Braz. J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 2, p.269-284, 1998.

NASCIMENTO, M. C. et al. *Prevalence of hepatitis B and C serological markers among first-time blood donors in Brazil: a multi-center serosurvey*. *J. Med. Virol.*, [S.l.], v. 80, p. 53-57, 2008.

REICHE, E. M. et al. Prevalence of american trypanosomiasis, syphilis, toxoplasmosis, rubella, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus infection, assayed through serological tests among pregnant patients, from 1996 to 1998, of Londrina State University, Paraná, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 33, p. 519-527, 2000.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. *Pan Americ. J. Pub. Hlth.*, [S.l.], v. 16, p. 168-175, 2004.

SOUZA, N. C. de et al. Retrospective study of a pioneer antenatal screening program with 8477 pregnant women in Brazil. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 31, p. 217-220, 2004.

SZWARCWALD, C. L. et al. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts. *Clinics*, [S.l.], v. 60, p. 367-374, 2005.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA, P. R. B. J. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos. Programa Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*, [S.l.], ano 3, n. 1, 2006.

TOLEDO, A. C. et al. Seroprevalence of Hepatitis B and C in Brazilian Army Conscripts in 2002. A Cross Sectional Study. *The Braz. J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 9, p. 374-383, 2005.

TABELA 1
RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES, PROJETO PESSOAS, 2007.

População	n (%)
Recrutados	3.255 (100)
Não-aptos	492 (15,1) ¹
Aptos	2.763 (84,9) ¹
Não-participantes	288 (10,4) ²
Participantes	2.475 (89,6) ²
Fizeram primeira entrevista	2.475 (89,6) ²
Fizeram a entrevista na primeira tentativa	2.408 (97,3) ³
Fizeram reentrevista	139 (5,6) ³
<i>Mesmo entrevistador</i>	55 (39,5) ⁴
<i>Entrevistador diferente</i>	84 (60,4) ⁴
Tiveram sangue coletado	2.300 (83,0) ²
Tiveram sangue coletado e foram entrevistados	2.238 (81,0) ²

¹ Em relação ao total de recrutados (n=3.255)

² Em relação ao total de aptos (n=2.763)

³ Em relação ao total de participantes que realizaram primeira entrevista (n=2.475)

⁴ Em relação ao total de participantes que realizaram reentrevista (n=139)

TABELA 2

RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM OS CENTROS,
PROJETO PESSOAS, 2007.

Centro	Amostra (n)	Recrutados n (%) ¹	Entrevistados n (%) ²	Sangue coletado n (%) ²	Entrevista + Coleta n (%) ²
Hospitais	1.244	1.245 (100,1)	898 (72,1)	827 (66,4)	800 (64,3)
01	26	26 (100,0)	16 (61,5)	19 (73,1)	16 (61,5)
02	111	111 (100,0)	79 (71,2)	78 (70,3)	78 (70,3)
03	206	204 (99,0)	138 (67,6)	133 (65,2)	133 (65,2)
04	112	112 (100,0)	66 (58,9)	64 (57,1)	61 (54,5)
05	110	110 (100,0)	96 (87,3)	92 (83,6)	92 (83,6)
06	149	151 (101,3)	130 (86,1)	119 (78,8)	116 (76,8)
07	149	150 (100,7)	127 (84,7)	90 (60,0)	88 (58,7)
08	113	113 (100,0)	72 (63,7)	73 (64,6)	71 (62,8)
09	118	118 (100,0)	67 (56,8)	68 (57,6)	60 (50,8)
11	92	92 (100,0)	58 (63,0)	51 (55,4)	51 (55,4)
12	58	58 (100,0)	49 (84,5)	40 (69,0)	34 (58,6)
CAPS	2.119	2.010 (94,6)	1.577 (78,5)	1.473 (73,3)	1.438 (68,8)
13	44	44 (100,0)	41 (93,2)	40 (90,9)	39 (88,6)
14	183	183 (100,0)	183 (100,0)	176 (96,2)	176 (96,2)
15	170	169 (99,4)	111 (65,7)	88 (52,1)	83 (49,1)
16	171	163 (95,3)	109 (66,9)	106 (65,0)	103 (63,2)
17	165	153 (92,7)	79 (51,6)	87 (56,9)	71 (46,4)
18	165	165 (100,0)	125 (75,8)	120 (72,7)	117 (70,9)
19	165	165 (100,0)	116 (70,3)	84 (50,9)	84 (50,9)
20	165	165 (100,0)	156 (94,5)	156 (94,5)	156 (94,5)
21	165	165 (100,0)	102 (61,8)	101 (61,2)	101 (61,2)
22	100	100 (100,0)	98 (98,0)	92 (92,0)	92 (92,0)
23	100	100 (100,0)	70 (70,0)	62 (62,0)	62 (62,0)
24	190	103 (54,2)	83 (80,6)	70 (68,0)	65 (63,1)
25	120	120 (100,0)	120 (100,0)	116 (96,7)	116 (96,7)
26	96	96 (100,0)	76 (79,2)	71 (74,0)	71 (74,0)
27	120	119 (99,2)	108 (90,8)	104 (87,4)	102 (85,7)
TOTAL	3.363	3.255	2.475 (76,0)	2.300 (70,7)	2.238 (68,8)

¹ Em relação à amostra

² Em relação aos recrutados

TABELA 3

TEMPO DAS DIVERSAS ETAPAS, EM DIAS, DE ACORDO COM OS CENTROS, PROJETO PESSOAS, 2007.

Centro	Coleta	Término da coleta e entrega soros na FUNED	Realização dos exames e entrega resultados no GPEAS	Processamento no GPEAS e envio para os Centros	Devolução dos resultados aos pacientes
01	67	14	63	2	161
02	27	22	146	2	165
03	91	17	69	2	182
04	79	19	91	2	165
05	34	10	146	2	182
06	59	14	118	2	206
07	145	13	33	2	203
08	50	16	125	2	180
09	52	20	70	2	189
11	35	17	124	2	116
12	29	12	148	2	150
13	74	35	78	2	182
14	92	22	70	2	194
15	105	18	68	2	182
16	57	27	77	2	96
17	84	32	57	2	182
18	81	10	92	2	200
19	78	28	70	2	182
20	52	18	107	2	181
21	84	27	78	2	158
22	91	21	77	2	182
23	103	38	36	2	167
24	131	16	42	2	136
25	39	25	124	2	165
26	70	16	91	2	200
27	65	6	111	2	90
MÉDIA	72	20	89	2	169

TABELA 4**ANÁLISE DESCRITIVA PRELIMINAR DA DEVOUÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE DOS PARTICIPANTES, PROJETO PESSOAS, 2007.**

População	n (%)
Fizeram a coleta de sangue	2.300 (100)
Questionários de aconselhamento digitados no GPEAS ¹	1.803 (78,4)
Número de tentativas para devolução dos exames: ²	
<i>Uma</i>	1.479 (82,0)
<i>Duas</i>	63 (3,6)
<i>Três</i>	129 (7,2)
<i>Quatro</i>	99 (5,5)
Devolução dos resultados e aconselhamento pós-teste: ²	
<i>Sim</i>	1.499 (83,1)
<i>Não</i>	304 (16,9)
Situação do participante após o projeto:	
<i>Vinculado ao serviço</i>	1.479 (82,0)
<i>Encaminhado para outro serviço</i>	282 (15,6)
<i>Alta sem encaminhamento</i>	93 (5,2)
<i>Abandonou o serviço</i>	33 (1,8)

¹ Em relação ao total de participantes que coletaram sangue (n=2.300)

² Após quatro tentativas e em relação ao total de questionários digitados (n=1.803)

TABELA 5
ANÁLISE DE PARTICIPAÇÃO, PROJETO PESSOAS, 2007.

Característica	Participante (n=2.475)	Não participante (n=288)	Não-apto (n=492)	X² (p-valor) ¹	X² (p-valor) ²
Local da pesquisa:					
<i>CAPS</i>	1.577 (63,7)	223 (77,4)	210 (42,7)	21,4	75,8
<i>Hospital</i>	898 (36,3)	65 (22,6)	282 (57,3)	(<,0001)*	(<,0001)*
Sexo:					
<i>Feminino</i>	1.277 (51,6)	153 (55,0)	197 (41,0)	1,2	16,6
<i>Masculino</i>	1.198 (48,4)	125 (45,0)	279 (59,0)	(0,276)	(<,0001)*
Idade:					
<i>≤35 anos</i>	880 (35,6)	94 (33,9)	111 (23,6)	0,3	25,2
<i>>35 anos</i>	1.595 (64,4)	183 (66,1)	359 (76,4)	(0,593)	(<,0001)*
Escolaridade:					
<i>≥ 8 anos</i>	742 (30,0)	67 (36,4)	55 (16,0)	3,3	29,2
<i>< 8 anos</i>	1.733 (70,0)	117 (63,6)	289 (84,0)	(0,070)	(<,0001)*
Diagnósticos Psiq:					
<i>TMG³</i>	1.408 (56,9)	169 (58,9)	291 (59,1)	0,3	0,8
<i>Outros</i>	1.067 (43,1)	119 (41,3)	201 (40,9)	(0,561)	(0,355)

¹ Comparando participante com não participante

² Comparando participante com não-apto

³ Transtorno Mental Grave (TMG) = esquizofrenias/transtorno bipolar/depressão com sintomas psicóticos

* p-valor<0,05

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS (N=2.475),
PROJETO PESSOAS, 2007.

Variáveis	n (%)
Local da pesquisa:	
<i>Hospitais</i>	898 (34,9)
<i>CAPS</i>	1.577 (65,1)
Sexo (feminino):	1.277 (51,6)
Idade (40+ anos):	1.351 (54,6)
Cor da pele (branca):	1.273 (51,4)
Situação conjugal (solteiro, separado):	1.548 (62,6)
Tinham filhos:	1.438 (58,1)
Escolaridade formal (< 5 anos):	1.206 (48,7)
Sabiam ler e escrever:	2.026 (81,9)
Tiveram alguma renda individual (últimos 6 meses):	1.542 (62,3)
Principal fonte de renda (benefício/aposentadoria): ¹	879 (57,0)
Renda familiar (último mês): (≤ R\$ 350,00)	1.263 (51,0)
Município de residência:	
<i>Mesmo dos CAPS</i>	1.517 (96,2)
<i>Mesmo dos HOSPITAIS</i>	394 (43,9)
História de morador de rua:	444 (17,9)
Moravam sozinhos(as):	481 (19,5)
Local de moradia:	
<i>Casa/apartamento</i>	2.155 (87,1)
<i>Hospital/pensão/casa apoio/albergue</i>	251 (10,1)
<i>Outros locais</i>	69 (2,8)
Plano de saúde:	256 (10,3)
Praticante de alguma religião:	1.362 (55,0)

¹ Em relação aos participantes que tiveram renda no último mês (n=1.549)

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE VARIÁVEIS CLÍNICAS SELECIONADAS (N=2.475),
PROJETO PESSOAS, 2007

Variáveis	n (%)
História de internações anteriores:	1.434 (57,9)
Freqüentaram CAPS na última semana: ¹	1.085 (68,8)
Interrupção de tratamento no CAPS alguma vez: ¹	488 (30,9)
Principal diagnóstico psiquiátrico registrado (CID-10):	
<i>Esquizofrenia/Psicose não especificada (F20.0 - F29)</i>	1.181 (47,7)
<i>Transtorno bipolar (F31.0 - F31.9)</i>	222 (9,0)
<i>Transtorno depressivo (F32.0 - F33.9)</i>	318 (12,9)
<i>Transtornos de ansiedade (F40.0 - F41.9)</i>	89 (3,6)
<i>Demências (F00.0 - F03.9; F70.0 - F79.9)</i>	168 (6,8)
<i>Transtornos uso de substâncias (F10.0 - F19.9)</i>	173 (7,0)
Outros ²	154 (6,2)
Ignorados	170 (6,9)
Outros diagnósticos registrados (não psiquiátricos): ³	549 (22,2)
Co-morbidade clínica referida:	1.109 (44,8)
História de vacinação para hepatite B:	650 (26,3)
História de IST (alguma vez na vida):	568 (23,0)
Já ouviram falar sobre o HIV/aids:	2.316 (93,6)
Realizaram exame anti-HIV alguma vez:	668 (27,0)
Sabem resultado desse exame anti-HIV: ⁴	577 (86,4)
Resultado auto-referido do exame anti-HIV (positivo): ⁵	22 (3,8)
Percepção sobre o risco de adquirir HIV (algum/muito):	957 (40,8)

¹ Dentre aqueles selecionados nos CAPS

² Outros diagnósticos psiquiátricos: p. ex: transtorno de personalidade, epilepsia.

³ Outros diagnósticos clínicos: p. ex: neoplasias, doenças do olho e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastóide.

⁴ Dentre aqueles com relato de terem feito exame (n=668)

⁵ Dentre aqueles com conhecimento do resultado (n=577)

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA, VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS OU ILÍCITAS (N=2.475), PROJETO PESSOAS, 2007.

Variáveis	n (%)
Uso de tabaco alguma vez:	1.762 (71,2)
Uso atual de tabaco:	1.295 (52,3)
Idade de início do tabagismo (< 15 anos): ¹	582 (45,0)
Número de cigarros/dia (1-20): ¹	1.071 (82,7)
Fuma dentro do serviço: ²	1.001 (77,3)
Uso de álcool alguma vez:	1.594 (64,4)
Idade de início de consumo de álcool (< 15 anos): ³	394 (24,8)
Uso de bebida alcóolica no CAPS/hospital: ³	39 (2,5)
Uso de droga ilícita alguma vez:	
<i>Maconha</i>	541 (21,9)
<i>Cocaína</i>	262 (10,6)
<i>Crack</i>	212 (6,4)
<i>Alucinógenos</i>	106 (4,3)
<i>Anfetaminas</i>	104 (4,2)
<i>Solvente</i>	29 (1,2)
Uso de droga ilícita no último mês:	
<i>Maconha</i>	217 (8,8)
<i>Cocaína</i>	85 (3,4)
<i>Crack</i>	133 (5,4)
<i>Alucinógenos</i>	21 (0,8)
<i>Anfetaminas</i>	40 (1,6)
<i>Solvente</i>	9 (0,4)
Uso de drogas ilícitas dentro do CAPS/hospital:	
<i>Maconha</i>	27 (1,1)
<i>Cocaína/crack/solvente</i>	17 (0,7)
Uso de droga injetável alguma vez:	72 (2,9)
Compartilhamento de seringa/agulhas: ⁴	63 (87,5)

¹ Em relação ao total de fumantes (n=1.295)

² Em relação ao total de fumantes dentro do serviço (n=1.001)

³ Em relação ao total de usuários de bebida alcóolica (n=1.591)

⁴ Em relação ao total de usuários de drogas injetáveis (n=72)

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO COMPORTAMENTO SEXUAL (N=2.475),
PROJETO PESSOAS, 2007.

Variáveis	n (%)
Já tiveram relação sexual:	2.168 (87,6)
Relação sexual nos últimos seis meses:	1.517 (61,3)
Idade da primeira relação (< 18 anos): ¹	1.452 (67,0)
Frequência de uso de preservativo (toda vida): ¹	
<i>Todas as vezes</i>	179 (8,3)
<i>Na maioria das vezes</i>	342 (15,8)
<i>Menos da metade das vezes</i>	761 (35,1)
<i>Nunca</i>	862 (39,8)
<i>Ignorado</i>	24 (1,1)
Frequência de uso de preservativo (últimos 6 meses): ²	
<i>Todas as vezes</i>	245 (16,2)
<i>Na maioria das vezes</i>	124 (8,2)
<i>Menos da metade das vezes</i>	194 (12,8)
<i>Nunca</i>	912 (60,1)
<i>Ignorado</i>	42 (2,8)
Parceiro recusou usar preservativo alguma vez: ¹	594 (27,4)
Uso do preservativo na última relação sexual: ¹	535 (24,7)
Houve troca de dinheiro/drogas por sexo alguma vez: ¹	648 (29,9)
História de violência verbal alguma vez:	1.700 (68,9)
História de violência física alguma vez:	1.431 (58,0)
História de violência sexual alguma vez:	458 (18,6)

¹ Dentre aqueles com relação sexual

² Dentre aqueles sexualmente ativos nos últimos seis meses

TABELA 10

SOROPREVALÊNCIA DE HIV, HEPATITE B, HEPATITE C E SÍFILIS, POR IDADE E SEXO,
PROJETO PESSOAS, 2007.

	Marcador	N	Estimativa Pontual (%) ^a	Intervalo de 95% de Confiança	
Total	<i>Sífilis</i>	2.062	1,12	(0,61 - 2,09)	
	<i>HIV</i>	2.237	0,80	(0,37 - 1,76)	
	<i>HBsAg</i>	2.206	1,64	(1,03 - 2,59)	
	<i>Anti-HBc</i>	2.206	14,70	(10,93 - 19,78)	
	<i>Anti-HCV</i>	2.238	2,63	(1,67 - 4,13)	
Sexo	Idade				
Feminino	40 +	<i>Sífilis</i>	633	1,05	(0,46 - 2,42)
		<i>HIV</i>	690	0,88	(0,26 - 3,06)
		<i>HBsAg</i>	681	1,08	(0,46 - 2,51)
		<i>Anti-HBc</i>	681	15,84	(11,99 - 20,93)
		<i>Anti-HCV</i>	690	1,79	(1,04 - 3,10)
	< 40	<i>Sífilis</i>	449	1,39	(0,48 - 4,04)
		<i>HIV</i>	471	1,07	(0,28 - 4,03)
		<i>HBsAg</i>	466	1,11	(0,45 - 2,78)
		<i>Anti-HBc</i>	466	7,03	(4,67 - 10,60)
		<i>Anti-HCV</i>	472	1,08	(0,42 - 2,75)
Homens	40 +	<i>Sífilis</i>	499	0,78	(0,26 - 2,40)
		<i>HIV</i>	553	0,71	(0,30 - 1,70)
		<i>HBsAg</i>	541	2,97	(1,64 - 5,37)
		<i>Anti-HBc</i>	542	24,69	(16,51 - 36,90)
		<i>Anti-HCV</i>	551	4,71	(3,02 - 7,34)
	< 40	<i>Sífilis</i>	481	1,28	(0,48 - 3,46)
		<i>HIV</i>	523	0,53	(0,17 - 1,60)
		<i>HBsAg</i>	518	1,61	(0,62 - 4,15)
		<i>Anti-HBc</i>	517	10,91	(7,91 - 15,05)
		<i>Anti-HCV</i>	522	3,23	(1,35 - 7,70)

^a Ajustado pela covariância amostral (estimador sanduíche de Huber/White) e ponderado proporcionalmente de acordo com o tamanho amostral relativamente ao total populacional de cada centro)

FIGURA 1
RECRUTAMENTO DE ACORDO COM AS DIVERSAS ETAPAS,
PROJETO PESSOAS, 2007

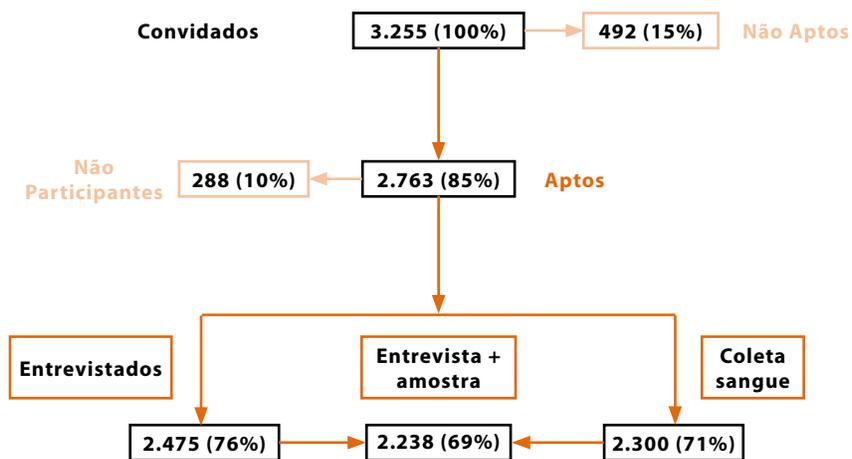


FIGURA 2
PROPORÇÃO DE MARCADORES DE COMPORTAMENTOS DE RISCO SELECIONADOS,
PROJETO PESSOAS, 2007

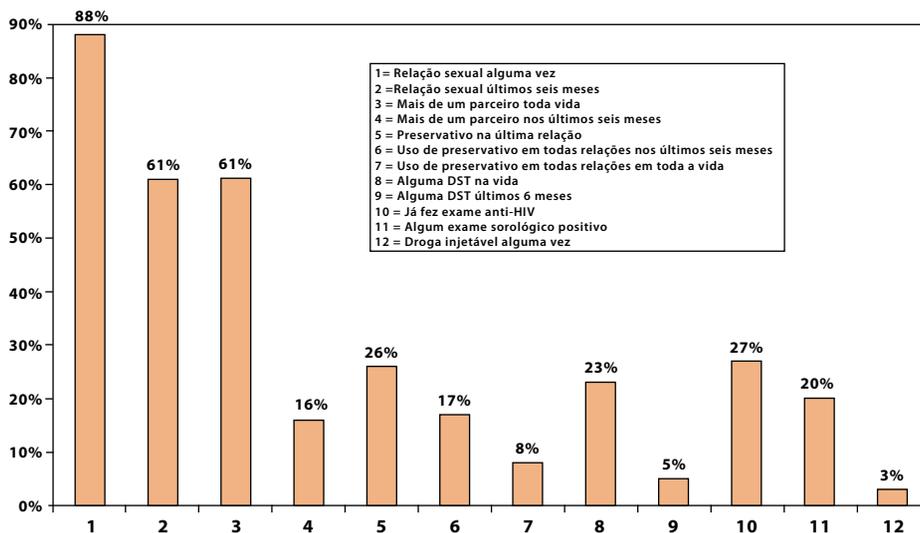
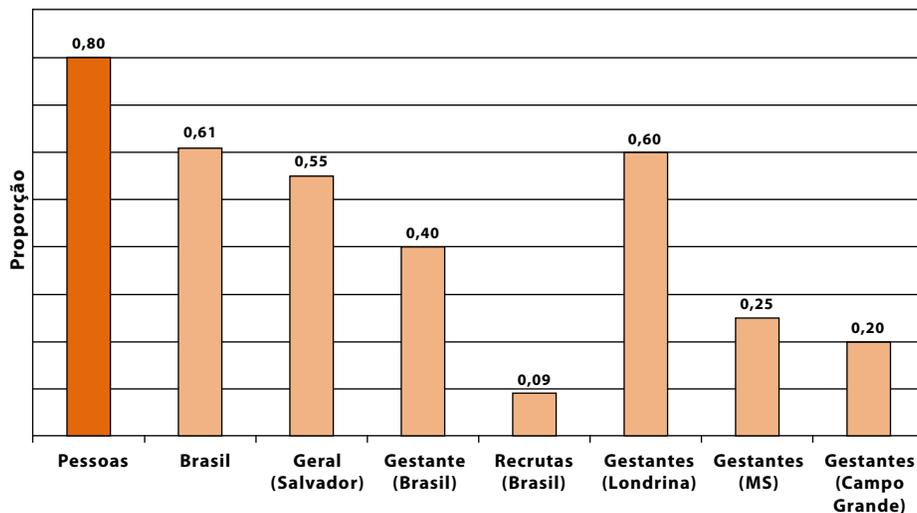


FIGURA 3

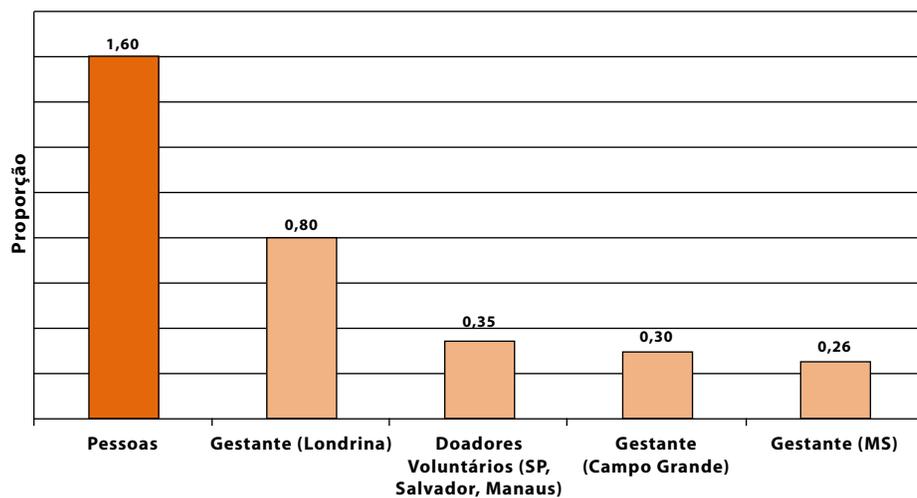
SOROPREVALÊNCIA (%) DE HIV PARA DIFERENTES POPULAÇÕES E ANO, BRASIL



Fonte: Szwarcwald et al, 2001; Szwarcwald et al, 2005; Dourado et al, 2007; Figueiró Filho et al, 2007; Souza et al, 2004

FIGURA 4

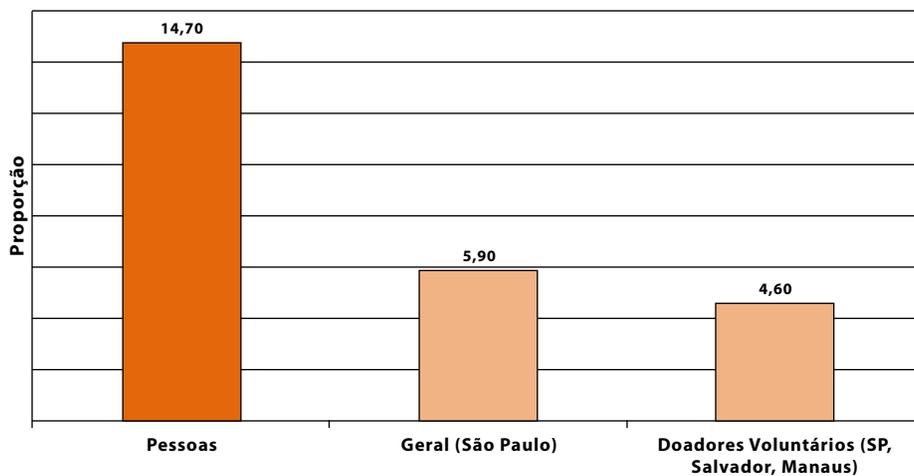
SOROPREVALÊNCIA (%) DE HBsAg PARA DIFERENTES POPULAÇÕES E ANO, BRASIL



Fonte: Figueiró Filho et al, 2007; Souza et al, 2004; Nascimento et al, 2008; Reiche et al, 2000

FIGURA 5

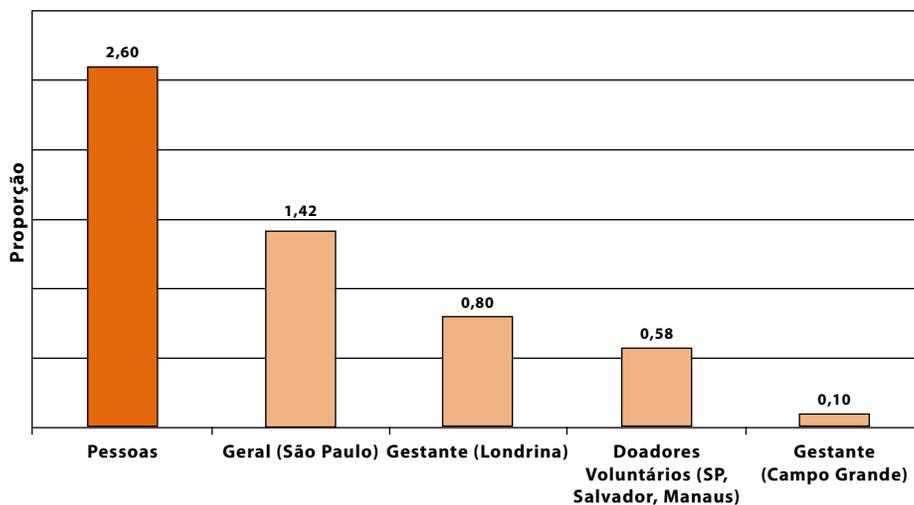
SOROPREVALÊNCIA (%) DE ANTI-HBc PARA DIFERENTES POPULAÇÕES E ANO, BRASIL



Fonte: Focaccia et al, 1998; Nascimento et al, 2008

FIGURA 6

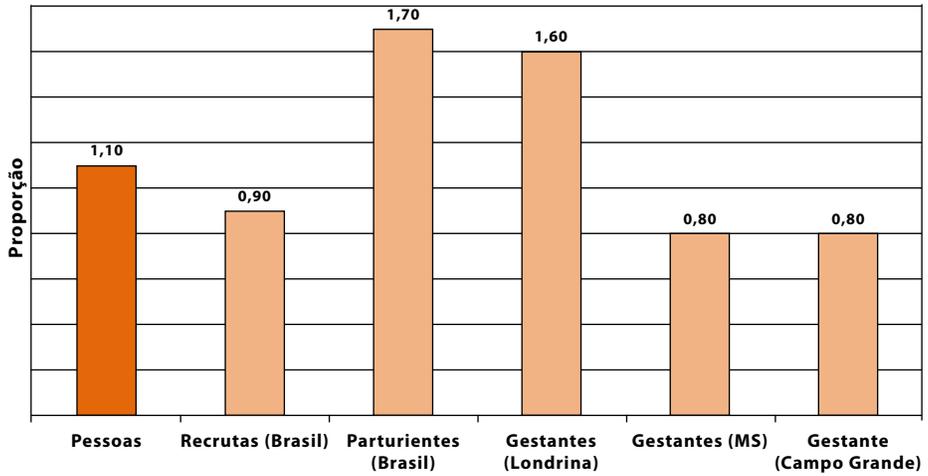
SOROPREVALÊNCIA (%) DE HCV PARA DIFERENTES POPULAÇÕES E ANO, BRASIL



Fonte: Focaccia et al, 1998; Figueiró Filho et al, 2007; Nascimento et al, 2008; Reiche et al, 2000

FIGURA 7

SOROPREVALÊNCIA (%) DE SÍFILIS PARA DIFERENTES POPULAÇÕES E ANO, BRASIL



Fonte: Rodrigues et al, 2004; Szwarcwald et al, 2005; Figueiró Filho et al, 2007; Souza et al, 2004; Reiche et al, 2000

PROJETO PESSOAS - AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ¹

Ana Paula Souto Melo², Francisco de Assis Acurcio³, Mariângela Leal Cherchiglia⁴,
Carolina Crosland Guimarães Veloso⁵, Mark Drew Crosland Guimarães⁶

INTRODUÇÃO

O tema avaliação de serviços de saúde vem ganhando relevância na literatura a partir da década de 80, apesar de ainda ser uma área incipiente no Brasil, o que revela nossa limitada “cultura avaliativa” (NEMES et al, 2004). A situação não é diferente quando se avaliam os serviços de saúde mental. Há pouca produção científica sobre o assunto, tornando escassos os parâmetros de qualidade da assistência prestada por esses serviços. A qualidade do cuidado pode ser avaliada por meio de indicadores de estrutura (p.ex., recursos materiais, humanos, arranjos organizacionais), de processo (p.ex., atividades inerentes à atenção à saúde incluindo interação profissionais de saúde e população assistida) e de resultados (p.ex., mudanças no estado de saúde da população promovidas pelos cuidados recebidos) (DONABEDIAN, 1988; VUORI, 1991).

Nas últimas décadas, o Brasil vem realizando modificações significativas no modelo de atenção em saúde mental. Até a década de 70, o modelo adotado era centrado exclusivamente na assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos. Nas décadas seguintes, com o avanço da Reforma Psiquiátrica, observou-se a abertura dos serviços de atenção ambulatorial denominados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). A implantação desses serviços buscava a construção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico e, coerentemente com o movimento da reforma sanitária, foram introduzidas noções como regionalização, territorialização, diversificação e complexificação do modelo. Ademais, a mudança do paradigma que orienta as práticas em saúde mental inclui outras dimensões além da assistência, tais como a reinserção

¹ Texto adaptado, com autorização, do artigo: MELO, A. P. S. et al. Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do projeto PESSOAS. *Rev. Med. Minas Gerais*, [S.l.], v. 17, n. 1/2, p. S240-S248, 2007. Suplemento 4.

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, UFMG; Instituto Raul Soares, FHEMIG

³ Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, UFMG

⁴ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG

⁵ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG

⁶ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG

social, o lazer, a hospitalidade e a oportunidade de trabalho para os portadores de sofrimento mental (ALVES, 2006).

Essas mudanças apontam na direção de uma assistência integral aos portadores de sofrimento mental. Contudo, estudos indicam dificuldades na assistência às doenças clínicas não-psiquiátricas entre essa clientela. Para os pacientes psiquiátricos graves, a histórica setorização dos serviços psiquiátricos e dos serviços de clínica médica sempre significou o recebimento de cuidados clínicos em serviços de saúde mental, onde essa assistência é escassa (SWARTZ et al, 2003). Com isso, os serviços de saúde mental apresentam dificuldades em auxiliar a sua clientela no recebimento de cuidados relacionados à sua saúde física. As relações entre os serviços psiquiátricos e os outros serviços de atenção médica são um desafio, já que nenhum dos grupos está preparado para assumir a responsabilidade final pelos cuidados clínicos dos pacientes (COLLINS et al, 2006; ROBSON; GRAY, 2007; SULLIVAN et al, 1999). Conseqüentemente, evidencia-se uma dificuldade na detecção das doenças e no adequado tratamento para os pacientes portadores de doenças mentais graves, com qualquer tipo de co-morbidade.

Vários estudos têm demonstrado taxas de mortalidade que são pelo menos duas vezes maiores entre os pacientes psiquiátricos graves, com uma expectativa de vida 10 anos menor do que entre a população geral. Alguns autores têm atribuído esses achados a uma falta de cuidados clínicos regulares, assim como a uma fragmentação do cuidado em saúde (BLACK, 1998; DEMBLING, 1997; DEMBLING; CHEN; VACHON, 1999; FELKER; YAZEL; SHORT, 1996; HARRIS; BARRABLOUGH, 1998; STROUP; GILMORE; JARSKOG, 2000; ROBSON; GRAY, 2007). Outros fatores que se relacionam ao aumento da morbi-mortalidade são a alta prevalência de tabagismo, dieta pobre, falta de atividade física, comorbidade com uso de substâncias e práticas sexuais de risco (BROWN, 1997; LAMBERT; VELAKOULIS; PANTELIS, 2003).

Nesse sentido, dentre essas várias situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos indivíduos com sofrimento mental, ressaltam-se os riscos acrescidos para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Dificuldades cognitivas, falta de habilidade social para negociar sexo seguro, o uso de drogas ilícitas e problemas sociais, tais como maior grau de pobreza e ausência de moradia fixa, são fatores que aumentam a vulnerabilidade para as IST (VANABLE et al, 2007). As proporções de positividade de HIV entre esses pacientes variam de 0 a 23%, dependendo da população estudada e da metodologia adotada, sendo que apenas 15 a 50% dos pacientes HIV positivos tinham conhecimento da sua situação sorológica (GRASSI, 1996; SACKS et al, 1990; VOLVAKA, 1992). Tais dados corroboram as necessidades de cuidados clínicos especiais para esses indivíduos, mas pouco se conhece sobre a saúde dos portadores de sofrimento mental, fora da abordagem psíquica desses transtornos. Mesmo antes da epidemia de HIV, cerca de 50% das desordens físicas sérias não eram detectadas entre os pacientes com problemas mentais graves que recebiam tratamento psiquiátrico (SULLIVAN et al, 1999).

Wright & Gayman (2005) indicaram que os serviços de saúde mental podem influenciar o risco de infecção pelo HIV e outras IST entre os pacientes psiquiátricos, ao afetarem a composição de suas redes sexuais. Kelly et al (1992) mostrou que uma grande parcela dos pacientes psiquiátricos em atendimentos comunitários encontrou seus parceiros sexuais nas próprias instituições de tratamento.

Assim, é pertinente investigar se a atual atenção em saúde mental prestada no Brasil tem sido capaz de oferecer assistência integral ao indivíduo com transtorno mental e se os serviços de saúde mental estão adequadamente habilitados para a prestação dessa assistência, principalmente no que se refere às suas necessidades de suporte clínico.

É nessa perspectiva que se realizou a presente avaliação dos serviços de saúde mental participantes do Projeto PESSOAS. Este capítulo apresenta, especificamente, os resultados descritivos do componente avaliação de serviços das 26 instituições de saúde mental (11 hospitais psiquiátricos e 15 CAPS), investigadas no contexto da assistência e prevenção às IST/aids. A metodologia adotada, incluindo plano amostral e seleção dos centros participantes, está descrita no capítulo 4 deste volume; os instrumentos, disponibilizados no Anexo C e na página <http://saudepublica.medicina.ufmg.br/instrumentos.htm>.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

A maioria dos serviços participantes do Projeto PESSOAS, 80,9% era de natureza pública, sendo 19,1% classificados como privados, e todos estes constituíram hospitais psiquiátricos (Tabela 1). Todos os CAPS eram vinculados ao município e os hospitais psiquiátricos públicos eram estaduais. Todos os hospitais psiquiátricos funcionavam 24 horas/dia, e a maioria dos CAPS, entre 08 e 12 horas/dia, de segunda a sexta-feira, sendo que entre os CAPS não havia relato de disponibilidade de leitos de observação noturnos. Em relação aos tipos de assistência prestada aos pacientes, destaca-se que o atendimento familiar e oficinas terapêuticas constituíram atividades realizadas por todos os CAPS. Por outro lado, todos os hospitais ofereciam internações e atividade de reuniões com pacientes.

O número de profissionais que compunham a equipe foi considerado suficiente em apenas 34,6% das instituições. Houve um maior relato de insuficiência de profissionais nos CAPS (80%) em comparação com os hospitais (45,5%). O principal motivo para essa insuficiência foi o aumento da demanda de atendimento, indicada como excessiva por algumas instituições. Além disso, foram relatados a falta de recursos financeiros para ampliar o quadro de profissionais e a escassez de oferta de algumas categorias, como médicos psiquiatras, em 19,5% das instituições, ou mesmo de outros profissionais que possibilitassem o funcionamento da instituição em horário integral. Os CAPS ofereceram menor número de capacitações aos profissionais no último ano (60,0%), enquanto que os hospitais ofereceram capacitações em 81,8% dos serviços.

O tipo de atendimento profissional prestado aos participantes no próprio serviço, avaliado pelos prontuários médicos, indicou que nos hospitais 100% dos pacientes foram atendidos por psiquiatras, enquanto que nos CAPS esse percentual foi de 94,6%. Para outras categorias profissionais avaliadas, como clínica médica, neurologia, enfermagem, assistência social encontrou-se relatos de atendimento em 79,4%, 4,7% e 99,4%, 89,3% dos hospitais, enquanto que as mesmas foram observadas em 18,4%, 0,7% e 61,9%, 54,6% dos CAPS, respectivamente (GUIMARÃES et al, 2007).

Os principais problemas encontrados com relação à disponibilidade de exames laboratoriais foram: o número insuficiente de cotas e a demora para a autorização e realização dos exames, assim como para o recebimento dos resultados. Além disso, havia relato de dificuldade com o transporte de pacientes e impedimentos para a realização de exames de alta complexidade. Apenas 11,5% dos serviços relataram não apresentar problemas com a disponibilidade de exames, sendo que um deles alegou que não há procura. O sistema de esterilização de materiais funcionava sob as normas preconizadas em 53,8% das instituições. Destas, 91,0 % eram hospitais sendo que apenas 26,7% dos CAPS possuíam sistema de esterilização de materiais.

Os hospitais verificaram-se mais bem equipados que os CAPS, sendo relevante a informação de que a quase totalidade dos CAPS não possuía equipamentos para atendimento de urgências clínicas, p.ex. ambú, laringoscópio e balão de oxigênio (Tabela 1). Além disto, 33,4% dos CAPS consideraram o estado de conservação desses equipamentos como muito ruim e regular, enquanto que todos os hospitais os consideraram bons. Somente hospitais, 27,3% destes, relataram possuir o equipamento de eletroconvulsoterapia (ECT). Quase todas as instituições (96,1%) possuíam legislação em saúde mental. Em torno de metade das instituições tinha acervo bibliográfico e manuais de IST, e apenas 38,5 % oferecia acesso à internet aos profissionais.

O serviço de arquivo médico e de estatística esteve presente em 69,2% dos serviços. Nenhum serviço era totalmente informatizado, sendo que 73,1% eram parcialmente informatizados e 26,9% não eram informatizados. Entre os CAPS, cerca de um terço (33,4%) não era informatizado, enquanto que nos hospitais esse percentual foi de 18,2%. Para 80,8% dos serviços, a disponibilidade de medicamentos para a atenção em saúde mental foi considerada suficiente e nenhum serviço a classificou como muito insuficiente. Já com relação aos medicamentos para o manejo de urgências clínicas, 19,2% e 23,1% dos serviços consideraram sua disponibilidade muito insuficiente e insuficiente, respectivamente. Entre os CAPS, essa estimativa foi ainda pior, já que 60,0% deles classificaram-na como insuficiente e muito insuficiente. Oitenta e um por cento dos serviços dispunham de programa de dose individualizada, enquanto que a padronização de medicamentos ocorria em 92,3%.

Apenas 19,2% dos serviços indicaram que o sistema de referência e contra-referência estava totalmente estruturado, sendo que 65,4% dos serviços o consideraram como parcialmente estruturado e 15,4% como ausente. A maioria descreveu o serviço

de referência como pouco satisfatório (65,4%). Já para o sistema de contra-referência, os serviços relataram estar pouco satisfeitos, insatisfeitos e satisfeitos em 73,1%, 19,2% e 7,7%, respectivamente. Os principais problemas encontrados no sistema de referência e contra-referência foram dificuldades para marcar consultas médicas nas unidades básicas de saúde e consultas especializadas, além da obtenção de retorno das clínicas especializadas. Observou-se pouco diálogo entre os serviços e pouca oferta de vagas.

Em apenas 26,9% das instituições existiam programas de educação sexual (Tabela 2), a maioria nos CAPS (33,4%). Tais programas eram realizados por meio de oficinas com os pacientes, com temática acerca de sexualidade e planejamento familiar, e também com palestras mensais e cursos de educação sexual. Trinta e um por cento dos serviços indicaram oferecer programas e atividades de educação específicos para IST, 25% desses considerados pouco satisfatórios ou insatisfatórios.

Houve relato de distribuição de camisinhas em apenas 30,8% dos serviços, sendo a grande maioria CAPS e apenas um hospital psiquiátrico. Os motivos alegados para a não distribuição de camisinhas foram o seu fornecimento pelas unidades básicas e a falta de programas de educação sexual nas instituições. Uma instituição identificou o serviço como local impróprio para tanto, onde se acreditava que não poderia haver relações sexuais. Outra indicou como pressuposto que os pacientes não mantinham relações sexuais durante a internação. Entretanto, um dos centros relatou que os pacientes internados mantinham visitas íntimas. Em 61,5% das instituições, no momento da pesquisa, havia pelo menos um paciente sabidamente portador da infecção pelo HIV/aids. Em apenas 11,5% instituições os pacientes falavam sobre o problema em atividades de grupo. A maioria dos serviços (57,7%) tinha como conduta encaminhar esses pacientes, agendar-lhes as consultas e transportá-los até os serviços especializados para seu acompanhamento e tratamento. Quando verificava-se que algum paciente da instituição estava infectado por alguma IST, incluindo a aids, o procedimento mais comum era o registro nos prontuários, além de comunicar o fato ao paciente, à família e aos outros profissionais de saúde da instituição (23,1%).

Finalmente, em 73,1% das instituições era garantida a inviolabilidade da correspondência dos pacientes. Cerca de 77,0% dos serviços possuíam registro de queixas, sendo que a forma de registro variava de assembléias de pacientes (23,1%), livro de queixas (11,5%), caixas de sugestões (11,5%) e ouvidoria (7,7%). Nenhuma instituição relatou a presença de cela-forte ou espaços restritivos ou punitivos.

As principais dificuldades relatadas durante o preenchimento do instrumento de avaliação dos serviços foram: a busca de informações em diversos setores dos serviços, a falta de informatização para a coleta de dados estatísticos e a deficiência de registro nos setores técnicos e administrativos. Ademais, foram encontradas dificuldades na obtenção de informações sobre os profissionais e sua qualificação, bem como sobre o número de consultas por especialidades e sobre a realização de exames.

DISCUSSÃO

Os resultados da avaliação dos serviços participantes do Projeto PESSOAS indicaram que tanto os hospitais psiquiátricos como os CAPS apresentaram dificuldades no atendimento da demanda de suporte clínico aos pacientes. Esse dado é preocupante diante da maior vulnerabilidade da população de pacientes psiquiátricos para doenças clínicas, principalmente aqueles com quadros psiquiátricos mais graves (DWORKIN,1994; JESTE et al, 1996; MCKINNON et al, 1999; NEWMAN; BLAND,1991; PHELAN; STRADINS; MORRISON, 2001; ROBSON; GRAY, 2007). Entretanto, esses resultados devem ser compreendidos dentro do contexto do Projeto PESSOAS, cuja unidade de análise principal foi o indivíduo selecionado dentro de cada serviço. Ainda que as instituições participantes tenham sido selecionadas aleatoriamente, o desenho amostral não buscou especificamente a representatividade para todos os CAPS ou hospitais brasileiros. Assim, os dados referentes aos serviços têm caráter complementar e podem subsidiar as análises dos índices de positividade para as IST nessa população, bem como os fatores a estas associados.

Os CAPS funcionam, em sua grande maioria, entre 8 e 12 horas diárias, de segunda a sexta, o que é condizente com dados do Ministério da Saúde, segundo os quais 75% dos CAPS incluem-se entre as modalidades I e II. No Brasil, apenas 3,7% dos CAPS são estruturas mais complexas, denominadas CAPS III, com funcionamento 24 horas por dia, como os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

Evidenciou-se uma precária interlocução com os serviços de referência e contra-referência, principalmente no tocante à atenção clínica aos aspectos não-psiquiátricos dos pacientes. Apenas 19,2% dos serviços relataram que o sistema de referência e contra-referência estava totalmente estruturado. Tanto os CAPS como os hospitais referiram à precariedade do retorno dos encaminhamentos da clínica médica e de outras especialidades. As barreiras de acesso aos serviços, que potencialmente colocam essa população em risco de desassistência, têm sido tema de discussão. Estudos sobre a relação entre os serviços de saúde mental e a atenção e prevenção às IST/aids indicam que os médicos clínicos estão menos inclinados a fazer um trabalho cuidadoso junto a pessoas com sintomas precoces de HIV que também apresentam uma doença mental grave, enquanto que os prestadores de serviços em saúde mental são relutantes em tratar os clientes que são HIV positivos (SULLIVAN et al, 1999). Esses dados apontam para a fragmentação do cuidado dos aspectos físicos e mentais dos pacientes psiquiátricos no sistema de saúde. Entre os resultados das entrevistas realizadas com os pacientes no Projeto PESSOAS (GUIMARÃES et al, 2007) verificou-se que havia registros de diagnósticos não-psiquiátricos em 23% dos prontuários. Contudo, os pacientes relataram comorbidade clínica referida em 44,8% destes, evidenciando uma discrepância entre os dados que pode indicar uma ineficácia na avaliação clínica desses pacientes.

Quando se avaliam distintamente os hospitais psiquiátricos e os CAPS, observam-se diferenças estruturais entre os dois tipos de serviços pesquisados. A análise mostrou uma fragilidade de recursos humanos e materiais dos CAPS, quando comparados aos hospitais. Há uma maior insuficiência de profissionais nos CAPS (80,0%) em comparação com os hospitais (65,4%). Na disponibilidade de equipamentos, os hospitais estão em melhores condições do que os CAPS, sendo relevante a informação de que a quase totalidade dos CAPS não possuíam equipamentos para atendimento de urgências clínicas, como, por exemplo, ambú, laringoscópio e balão de oxigênio. A situação também é preocupante quando enfocamos a disponibilidade de medicamentos para atenção a urgências clínicas; apenas 40% dos CAPS apresentavam medicação suficiente, enquanto que estas estavam presentes em 82% dos hospitais. A legislação em saúde mental, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, não especifica com detalhes os parâmetros de funcionamento para atendimento às necessidades clínicas dos pacientes. A portaria GM336/2002 delimita que, para o credenciamento e funcionamento dos CAPS, deve-se contemplar: adequada área física, recursos humanos mínimos para compor a equipe técnica, responsabilização pela organização da demanda de saúde mental e da assistência a ser prestada aos pacientes (BRASIL, 2004b). Em contraposição, os hospitais psiquiátricos, por meio do PNASH (Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria, Portaria GM 251/2002) (BRASIL, 2004b) são mais fiscalizados. Aqui a legislação é mais específica, determinando avaliações regulares destes e, entre outras definições, estabelecendo a necessidade de leitos de intercorrência clínica, além de material e medicamentos para a assistência às urgências clínicas. O PNASH nos hospitais psiquiátricos tem como objetivo apurar indicadores de qualidade e estabelecer classificações com o objetivo de reestruturar o sistema hospitalar psiquiátrico (BRASIL, 2004b).

Os CAPS apresentam melhores resultados quando se avalia alguns recursos terapêuticos, como, por exemplo, a presença de cooperativas de trabalho ou similares que visam a ganho produtivo, consoante com a política de reinserção social dos pacientes. Além disso, na avaliação do desempenho dos serviços em relação à prevenção e assistência às IST, os CAPS também apresentaram melhores resultados, embora as instituições em conjunto tenham evidenciado dispor de poucos recursos para o desenvolvimento dessas atividades, revelando, mais uma vez, os obstáculos à atenção clínica aos pacientes. É importante enfatizar que poucos serviços contavam com programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar da existência de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV. Essa situação indica um despreparo para desenvolver programas de prevenção, abordar questões relacionadas à sexualidade e lidar com o usuário vivendo com HIV, assim como prover atendimento às condições clínicas não-psiquiátricas, incluindo as IST. Conseqüentemente, os pacientes estão recebendo cuidados em instituições onde não se discutem comportamentos sexuais, educação sexual ou os riscos da infecção pelo HIV, apesar de as mesmas

apresentarem um forte impacto nas redes sexuais desses pacientes (WAINBERG et al, 2007). Em estudo etnográfico com população psiquiátrica realizado recentemente no Brasil, evidenciou-se a ocorrência de práticas sexuais dentro das instituições, sem nenhuma proteção ou com uso infreqüente de preservativo (PINTO et al, 2007).

Diante dessa situação, os serviços de saúde mental podem desempenhar um papel fundamental na prevenção às IST na população psiquiátrica. Alguns autores indicam ações que passíveis de ser implementadas, como obter histórias detalhadas sobre os comportamentos de risco para as IST e incentivar a testagem e aconselhamento sobre HIV/aids. Além disso, tornar os preservativos mais acessíveis aos pacientes, promover grupos de intervenção para os que apresentam comportamentos de risco e promover a capacitação da equipe de saúde mental no manejo do HIV/aids, são algumas ações preventivas eficazes para essa população (MCKINNON et al, 1999; SULLIVAN et al, 1999).

Finalmente, apesar de a Reforma Psiquiátrica brasileira ter promovido avanços na discussão e construção da cidadania dos indivíduos com sofrimento mental, gerando ações que objetivam a inclusão social e criando a oferta de novos dispositivos, a implementação da diretriz de integralidade das ações, principalmente no que tange à assistência aos problemas clínicos desses pacientes, ainda se mantém como um desafio para os gestores. Mais recentemente, o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como a promessa de um novo modelo assistencial que pressupõe a superação da velha lógica do encaminhamento, tornando possível o vínculo terapêutico e a responsabilização, utilizando-se de tecnologias como as equipes de referência e o apoio matricial em saúde mental (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, o fortalecimento de uma política que contemple o desafio do desenvolvimento de um novo modelo assistencial apresenta grande relevância social, considerando-se a agregação de saberes e competências no enfrentamento da vulnerabilidade clínica observada entre os indivíduos com sofrimento mental, especialmente no âmbito das IST/aids. Será necessária uma concentração de esforços para melhorar a assistência clínica e reduzir a disseminação das IST/aids entre as pessoas com problemas mentais sérios, bem como tratar efetivamente todos aqueles que já estão infectados.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2006. 180 p.
- BLACK, D. W. Iowa record-linkage study: death rates in psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 50, p. 277-282, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006*. Brasília, 2007. 85 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em saúde mental*: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, 2004b. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BROWN, S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, [S.l.], v. 171, p. 502-508, 1997.

COLLINS, P. Y. et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*, [S.l.], v. 12, p. 1571-1582, 2006.

DEMBLING, B. Mental disorder as a contributing cause of death in the U.S. in 1992. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 48, p. 45, 1997.

DEMBLING, B. P.; CHEN, D. T.; VACHON, L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 50, p. 1036-1042, 1999.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, [S.l.], v. 260, p. 1743-1748, 1988.

DWORKIN, R. H. Pain insensitivity in schizophrenia: neglected phenomena and some implications. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 20, p. 235-248, 1994.

FELKER, B.; YAZEL, J. J.; SHORT, D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 47, p. 1356-1363, 1996.

GRASSI, L. Risk of HIV infection in psychiatrically ill patients. *AIDS Care*, [S.l.], v. 8, p. 103-116, 1996.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. *Projeto Pessoas - Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional*: relatório técnico final. [Belo Horizonte]: UFMG, 2007. 100 p.

HARRIS, E. C.; BARRABLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 173, p. 11-53, 1998.

JESTE, D. et al. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 22, p. 413-430, 1996.

KELLY, J. A. et al. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 149, p. 886-889, 1992.

LAMBERT, T. J. R.; VELAKOULIS, D.; PANTELIS, C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, [S.l.], v. 178, S67-S70, 2003.

MCKINNON, K. et al. AIDS-Related Services and Training in Outpatient Mental Health Care Agencies in New York. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 50, p. 1225-1228, 1999.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, p. 310-321, 2004. Suplemento 2.

- NEWMAN, S. C.; BLAND, R. C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 36, p. 239-245, 1991.
- PHELAN, M.; STRADINS, L.; MORRISON, S. Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, [S.l.], v. 322, p. 443-444, 2001.
- PINTO, D. S. et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, p. 2224-2233, 2007.
- ROBSON, D.; GRAY, R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int. J. Nurs. Stud.*, [S.l.], v. 44, p. 457-466, 2007.
- SACKS, M. H. et al. HIV related risk factors in acute psychiatric inpatients. *Hosp. Comm. Psych.*, [S.l.], v. 41, p. 440-442, 1990.
- STROUP, T. S.; GILMORE, J. H.; JARSKOG, L. F. Management of medical illnesses in persons with schizophrenia. *Psychiatric Annals*, [S.l.], v. 30, p. 35-40, 2000.
- SULLIVAN, G. et al. HIV and People With Serious Mental Illness: The Public Sector's Role in Reducing HIV Risk and Improving. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 50, p. 648-652, 1999.
- SWARTZ, M. S. et al. Regular sources of medical care among persons with severe mental illness at risk of hepatitis C infection. *Psychiatric services*, [S.l.], v. 6, p. 854-859, 2003.
- VANABLE, P. A. et al. Diferences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of a sexually transmitted infection. *J. Prev. Interv. Community*, [S.l.], v. 33, p. 79-94, 2007.
- VOLVAKA, J. Assessment of risk behaviours for HIV infection among psychiatric inpatients. *Hosp. Comm. Psych.*, [S.l.], v. 43, p. 482-485, 1992.
- VUORI, H. V. A qualidade de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, [S.l.], v. 1, p. 17-25, 1991.
- WAINBERG, M. L. et al. Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. *Social Science & Medicine*, [S.l.], v. 65, n. 2, p. 296-308, Jul. 2007.
- WRIGHT, E. R.; GAYMAN, M. Sexual Networks and HIV Risk of People with Severe Mental Illness in Institutional and Community-Based Care. *AIDS and Behavior*, [S.l.], v. 9, p. 341-353, 2005.

TABELA 1

CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARTICIPANTES,
PROJETO PESSOAS, 2007.

Características	Hospital N=11 (%)	CAPs N=15 (%)	Total N=26 (%)
Tipo de serviço			
<i>Hospital</i>	11 (100)	0 (-)	11 (42,3)
<i>CAPS</i>	0 (-)	15 (100)	15 (57,7)
Natureza jurídica			
<i>Público Estadual</i>	6 (54,4)	0 (-)	6 (23,2)
<i>Público Municipal</i>	0 (-)	15 (100)	15 (57,7)
<i>Privado Lucrativo</i>	4 (36,6)	0 (-)	4 (15,3)
<i>Filantrópico</i>	1 (9,0)	0 (-)	1 (3,8)
Assistências prestadas			
<i>Internação</i>	11 (100)	2 (13,3)	13 (50,0)
<i>Urgência psiquiátrica</i>	7 (63,6)	6 (40,0)	13 (50,0)
<i>Leito de observação diurno</i>	5 (45,5)	9 (60,0)	14 (53,8)
<i>Leito de observação noturno</i>	5 (45,5)	0 (-)	5 (19,2)
<i>Atendimento ambulatorial</i>	8 (72,7)	12 (80,0)	20 (76,9)
<i>Atendimento domiciliar</i>	1 (9,1)	12 (80,0)	13 (50,0)
<i>Atividade de recreação</i>	10 (90,9)	12 (80,0)	22 (84,6)
<i>Oficinas terapêuticas</i>	9 (81,8)	15 (100)	24 (92,3)
<i>Atendimento familiar</i>	9 (81,8)	15 (100)	24 (92,3)
<i>Reunião com pacientes</i>	11 (100)	13 (86,7)	24 (92,3)
<i>Relação com associação de usuário</i>	6 (54,5)	8 (53,3)	14 (53,8)
<i>Cooperativa de trabalho solidário</i>	1 (9,0)	6 (40,0)	7 (26,9)
Profissionais Insuficientes	5 (45,5)	12 (80,0)	17 (65,4)

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Características	Hospital N=11(%)	CAPs N=15(%)	Total N=26(%)
Equipamentos			
<i>Esfignomanômetro</i>	11 (100)	13 (86,6)	24 (92,3)
<i>Estetoscópio</i>	11 (100)	13 (86,6)	24 (92,3)
<i>Lanterna</i>	10 (91,0)	1 (6,6)	11 (42,3)
<i>Luvax</i>	11 (100)	13 (86,6)	24 (92,3)
<i>Otoscópio</i>	9 (81,9)	2 (13,4)	11 (42,3)
<i>Termômetro</i>	11 (100)	13 (86,6)	24 (92,3)
<i>Balão de oxigênio</i>	11 (100)	1 (6,6)	12 (46,1)
<i>Laringoscópio</i>	11 (100)	0 (-)	11 (42,3)
<i>Ambú</i>	11 (100)	2 (20,0)	13 (50,0)
<i>ECT</i>	3 (27,3)	0 (-)	3 (11,3)
Arquivo médico e estatístico	9 (82,0)	9 (60,0)	18 (69,2)
Serviço informatizado:			
<i>Parcialmente</i>	9 (81,8)	10 (66,6)	19 (73,1)
<i>Não</i>	2 (18,2)	5 (33,4)	7 (26,9)
Medicamentos:			
<i>Saúde Mental Insuficiente</i>	1 (9,0)	4 (26,7)	5 (19,2)
<i>Urgências Clínicas Insuficiente/Muito insuficiente</i>	2 (18,0)	9 (60,0)	11 (42,3)
Sistema de Referência e Contra-referência			
<i>Totalmente estruturado</i>	1 (9,0)	4 (26,7)	5 (19,2)
<i>Parcialmente estruturado</i>	9 (82,0)	8 (53,3)	17 (65,4)
<i>Não estruturado</i>	1 (9,0)	3 (20,0)	4 (15,4)
Sistema de referência			
<i>Satisfatório</i>	4 (36,6)	4 (26,7)	8 (30,8)
<i>Pouco satisfatório/Insatisfatório</i>	7 (63,6)	11 (73,3)	18 (69,2)
Sistema de contra-referência			
<i>Satisfatório</i>	0 (-)	2 (13,3)	2 (7,7)
<i>Pouco satisfatório</i>	8 (72,7)	11 (73,3)	19 (73,1)
<i>Insatisfatório</i>	3 (27,3)	2 (13,3)	5 (19,2)

TABELA 2

AValiação DO DESEMPENHO DO SERVIÇO EM RELAÇÃO ÀS IST NOS SERVIÇOS PARTICIPANTES,
PROJETO PESSOAS, 2007.

Características	Hospital N=11(%)	CAPs N=15(%)	Total N=26(%)
Desempenho dos serviços em relação as IST/aids			
<i>Programas de educação sexual</i>	2 (18,2)	5 (33,4)	7 (26,9)
<i>Programas/atividades de educação específicos para IST:</i>	3 (27,2)	5 (33,3)	8 (30,8)
<i>Satisfatórios*</i>	3 (100)	3 (60,0)	6 (75,0)
<i>Pouco satisfatórios/Insatisfatórios*</i>	0 (-)	2 (40,0)	2 (25,0)
<i>Distribuição de camisinhas</i>	1 (9,0)	7 (46,7)	8 (30,8)
<i>Existência de pacientes sabidamente HIV positivos</i>	7 (63,6)	9 (60,0)	16 (61,5)
<i>Existência de atividade em grupo para pacientes HIV positivos</i>	2 (18,2)	1 (6,6)	3 (11,5)
<i>Conduta do serviço em relação aos pacientes com HIV:</i>			
<i>Encaminha para serviço especializado</i>	1 (9,0)	2 (13,4)	3 (11,5)
<i>Encaminha e agenda consultas</i>	0 (-)	2 (13,4)	2 (7,7)
<i>Encaminha, agenda consultas e transporta para os serviços</i>	8 (72,8)	7 (46,6)	15 (57,7)
<i>Trata na instituição</i>	2 (18,2)	0 (-)	2 (7,7)
<i>Ignorado</i>	0 (-)	4 (26,6)	4 (15,4)

*Em relação ao total com programas específicos para IST

PROJETO PESSOAS - PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A AIDS E SUAS FORMAS DE PREVENÇÃO

Maria Imaculada de Fátima Freitas¹, Suely Broxado de Oliveira², Alain Giami³,
Adriana da Silva Gomes⁴, Renato Diniz Silveira⁵, Mark Drew Crosland Guimarães⁶

INTRODUÇÃO

A discussão aqui apresentada diz respeito aos resultados do eixo qualitativo do Projeto PESSOAS, cuja metodologia encontra-se no Capítulo 4. Foram investigados modos de pensar e agir para a prevenção e controle do HIV/aids e infecções sexualmente transmissíveis (IST), com entrevistas semi-estruturadas e aprofundadas, realizadas com pessoas acompanhadas em quatro serviços públicos de saúde mental.

A análise das falas dos sujeitos foi do tipo compreensiva, fundamentada em noções da teoria da análise estrutural de narração (BARTHES, 1981; GREIMAS, 1966, 1981) retomadas por Demazière & Dubar (1997) e Dubar (1998), e buscou interpretar as entrevistas como um processo de reflexão do sujeito sobre os objetos abordados, que o leva a uma reconstrução de seus próprios modos de interpretá-los (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2005).

Para a discussão dos resultados, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais (GIAMI, 2004; GIAMI; VEIL, 1994; HERZLICH, 1972, 2002, 2005; JODELET, 1989, 1994, 1997; MOSCOVICI, 1961), em uma abordagem que considera que as representações são um conjunto de informações e construções imaginárias das pessoas e da coletividade, presentes nos processos sociopsicológicos desses e que podem influenciar ou definir suas condutas.

Nesse contexto teórico, buscou-se, no estudo, compreender as representações de pessoas com transtornos mentais graves acerca do HIV/aids e IST, interpretando-as como um modo de se posicionarem em relação ao fenômeno dessas doenças e seus riscos de transmissão.

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais

² Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro

³ Institut National de la Recherche Médicale (INSERM), Paris

⁴ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais

⁵ Instituto Raul Soares, FHEMIG

⁶ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Os resultados apontaram representações centradas no risco de infecção, com narrativas que mostram idéias sobre o risco enquanto uma categoria psicossociológica. Psicológica, porque se trata de uma racionalidade subjetiva, porque cada um carrega desejos e idéias sobre si mesmo que o tornam mais ou menos propenso a correr riscos. Sociológica, porque o risco apreendido pelo sujeito como tal é também um aprendizado nas relações com os outros, com valores e julgamentos provenientes das instituições sociais e com informações que circulam na sociedade (BAJOS; LUDWIG, 1995; LE BRETON, 1995).

Finalmente, ressalta-se que as práticas analisadas no presente estudo são aquelas relatadas pelos sujeitos participantes, tomadas como narrativas descritivas da ação ou de posturas imaginadas para si mesmos, que são reveladoras de representações ou constituem uma maneira de se expressarem em contradição com estas. Considera-se, portanto, que representações e condutas não se situam obrigatoriamente em uma relação de causa-efeito, uma orientando a outra, mas se trata de uma relação complexa que pode até ser contraditória, como afirma um dos entrevistados: “se eu fizesse o que penso, o mundo acabaria” (E10). A loucura tem, pois, limites.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

OS PARTICIPANTES, SEUS CONTEXTOS DE VIDA E ADOECIMENTOS

Foram entrevistados 22 homens e 17 mulheres, sendo, destes, 10 pacientes internados no Hospital Galba Veloso, nove hospitalizados no Instituto Raul Soares, (Belo Horizonte), 11 acompanhados no CERSAM Betim (Minas Gerais) e nove no CAPS Carmo (Rio de Janeiro). Dez homens encontravam-se em regime de hospitalização e 12 em atendimento ambulatorial (Cersam e CAPS) e, dentre as mulheres, nove estavam hospitalizadas e oito sendo atendidas ambulatorialmente.

Todos tinham mais de 18 anos, foram contactados pelos coordenadores de campo do Projeto PESSOAS nas instituições nas quais eram acompanhados, encontravam-se fora de crise e aceitaram participar livre e esclarecidamente, assinando o termo de consentimento. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, foram gravadas em áudio, transcritas com utilização de pseudônimos e numeradas em ordem crescente, como por exemplo E1, E2, E3 (Ver Anexo A, com apresentação da síntese da situação de cada entrevistado), para organização do banco de dados e apresentação dos resultados. As entrevistas foram analisadas separadamente, sendo cada sequência da construção do diálogo entrevistado/entrevistador numerada em ordem crescente, como S1, S2, S3 (Ver Anexo B, com exemplo de parte do sequenciamento de uma entrevista). Em seguida, as entrevistas foram tratadas transversalmente, para se encontrar as conjunções e disjunções do conteúdo do conjunto, identificando-se as representações aí contidas.

As representações, nessa etapa, desvelaram-se pelos julgamentos, opiniões e afirmações do senso comum, ou ditas científicas, encontradas no corpus analisado. Informações objetivas sobre diagnósticos clínicos e tratamentos foram verificadas nos prontuários.

A faixa etária dos participantes variou de 18 a 72 anos. Foram dois entrevistados com 18 e 19 anos, respectivamente, 11 na faixa entre 21 a 30 anos, quatro entre 31 a 40 anos, 13 participantes na faixa entre 41 a 50 anos, quatro entre 51 e 60 anos, quatro na faixa entre 61 e 70 anos e uma pessoa de 72 anos de idade. Os homens têm em média 41,9, e as mulheres, 39,9 anos. São, portanto, pessoas, em sua maioria, em faixas etárias produtivas, mas com agravos mentais e situações sociais que interferem em suas capacidades e possibilidade de trabalho: somente oito (20%) dos entrevistados disseram ter um 'emprego' ou um 'serviço', sendo três com carteira assinada – funcionário de escritório, jardineiro e terapeuta ocupacional (que estão recebendo benefício por afastamento devido à doença); quatro trabalhadores de rua – catador de papel, sucateira, vendedor de balas nos sinais e prostituta – e um servente de pedreiro. Estes últimos não auferem nenhum rendimento quando em crise ou hospitalizados. Dos demais, 14 participantes estão aposentados pelo INSS; dentre estes, cinco recebem ajuda do Programa "De volta para casa" do Governo do Rio de Janeiro, e 17 estão desempregados, recebendo algum tipo de ajuda da família (15) ou vivendo da caridade alheia (2). Nesse último caso estão, portanto, 42% dos entrevistados. A escolaridade apresenta-se como mais um indicador da situação social de pobreza e falta de oportunidades no grupo de entrevistados: dez afirmam ser analfabetos ou ter feito somente o primeiro ano de escola, mas dois deles dizem que ainda estudam, 18 estudaram até, no máximo, quatro anos, e dez até, no máximo, oito anos. Somente um entrevistado completou o ensino médio e um tem diploma universitário.

Nesse quadro socioeconômico, há ainda diferenças notáveis entre homens e mulheres, observando-se um maior percentual de mulheres (N=17) com mais baixa escolaridade do que os homens, o que aponta para um maior empobrecimento das mulheres.

No que se refere à situação conjugal, 14 homens apresentam-se como solteiros, cinco são separados ou desquitados, três vivem maritalmente e um é viúvo, enquanto que entre as mulheres, há sete solteiras, cinco separadas e desquitadas, quatro vivendo maritalmente e uma viúva.

Dentre os homens, 15 não têm filhos, sobretudo entre aqueles na faixa etária de 18 a 30 anos (todos os oito participantes dessa faixa). Dos sete restantes que os têm, quatro estão entre aqueles na faixa etária de 31 a 50 anos e três têm entre 51 e 70 anos ou mais, sendo que destes somente dois participantes ainda têm contato permanente com os filhos, mesmo não morando com eles. Tais dados traduzem as dificuldades para manter reunida a família quando há adoecimento por transtornos mentais graves, relatados nas entrevistas.

Dentre as mulheres, quatro não têm filhos, sendo duas na faixa etária de 18 a 30 anos. Das 13 mulheres que os têm, quatro não têm mais contato com os filhos (duas na faixa etária de 31 a 50 anos com mais de quatro filhos, uma na faixa de 51 a mais de 70 anos, com três filhos e uma de 31 a 50 anos com dois filhos), sendo que as nove outras relatam dificuldades variadas de interação com os filhos, sentindo, muitas vezes, falta de apoio e mesmo negligência por partes dos que já estão mais velhos. Vale observar que, dentre estas, somente duas vivem atualmente com um companheiro, tendo sido abandonadas pelos pais das crianças, ou já tinham vivido maritalmente com alguém antes, separando-se depois, mesmo não sendo este o pai dos filhos, como afirmam nas entrevistas. Isto reitera o relato dos homens, que mostra dificuldades de manutenção da convivência familiar: também para as mulheres com transtornos mentais a desagregação social é uma realidade.

No que se refere aos diagnósticos clínicos dos entrevistados, apesar de dificuldades na fonte de informação dos prontuários que, em alguns casos, têm até diagnósticos contraditórios em uma mesma época de suas trajetórias de adoecimentos, pode-se afirmar que esses estão relacionados a psicoses graves, esquizofrenias e transtornos afetivos, sendo também encontrados nos dados referentes à população estudada no Brasil pelo eixo quantitativo do projeto PESSOAS.

HISTÓRIAS DE VIDA: TRANSTORNO MENTAL E IDENTIDADE DE DOENTE MENTAL

A análise estrutural de narração mostrou que os entrevistados têm representações sobre sua situação clínica como doentes ou como portadores de agressividade em uma fase transitória de dificuldades para se relacionarem, sobretudo com os familiares, quando estão hospitalizados, ou ao explicarem os motivos de serem acompanhados em serviços ambulatoriais de saúde mental. O sentimento presente sobre a necessidade de hospitalização é o de perseguição de algum membro da família (em geral, aquele que decidiu trazê-lo ou pediu a internação e precisou da ajuda da polícia, por exemplo), mas há também o reconhecimento da necessidade de hospitalização ou de tratamento ambulatorial constante por parte daqueles que têm uma longa trajetória de internações, de moradia em hospital, de crises repetidas e incapacitantes para o trabalho. Poucos são aqueles que não se referem ao fato de se sentirem diferentes de outras pessoas, ou que não narram fatos que apontam o próprio reconhecimento de uma estranheza em relação ao meio familiar ou social mais amplo: são aqueles que já apresentam algum tipo de falta de memória ou deficiência cognitiva mais ou menos grave. A doença é centralmente representada pelos sinais e sintomas, sem haver nomeação do diagnóstico, com exceção de generalizações provenientes do discurso clínico e da mídia sobre depressão, como se tudo pudesse ser agrupado num único quadro que lhes permitisse torná-la objetivada e reconhecida como algo que parece ser mais bem

aceito socialmente. Obviamente, o termo 'doente mental' não é utilizado por nenhum entrevistado (esse é um termo que profissionais de saúde e o público ainda utilizam, e identifica, na generalidade, qualquer pessoa com quadro de transtorno mental e com comportamentos e hábitos diferentes do corrente na sociedade), mas muitos se identificam como: "sou doido", "fiquei doido", "saio doido pela rua", "fico fraco da cabeça", "sou PMD", "sou médium", "sou manso, mas viro outro quando me pisam no calo", "tenho sistema nervoso", "fico agressivo demais e não consigo me controlar", "fico nervoso à toa", "fico descontrolado", mas também "fico assim porque fizeram uma feitiçada para mim". Para todos, há ainda uma certeza na convivência com outras pessoas com transtornos mentais: o 'doido' maior é o outro.

E1 expressa isto ao relatar uma tentativa frustrada de fuga do hospital:

"Eu tava achando que ia agüentar pular o muro numa boa. Também eu quero (fugir), porque eu não estou doente não, eu quero, não estou doido. Estou consciente. No meio dos doidos fica pior ainda, não fica?" (S18).

As idéias de anormalidade e ser diferentes subjazem em todas essas representações.

Para homens e mulheres, explicitou-se que a diferença ressentida como 'ser menos do que os outros' interfere nas interações e significa manter a representação de que as relações afetivas e sexuais não são possíveis ou o são somente, no caso dos homens, com outros homens para ganhar algum dinheiro ou droga e com mulheres que "fazem sexo por dinheiro", "prostitutas" ou que "fingem que não são, mas só querem alguma coisa material" e com as quais nunca haverá troca de "verdadeiro afeto" (E3). No caso das mulheres, relações afetivas ou sexuais com homens aparecem representadas, na sua maioria, como possíveis, mas sempre com uma grande decepção em seguida pela traição ou por agressões, inclusive físicas, porque "os homens só querem aproveitar das mulheres" (E16). Também a representação sobre o próprio agravo como impedidor de relações amorosas: "quem quer saber de mulher assim, doida?" (E6, E9). A depreciação e a baixa auto-estima acabam perpetuando um círculo vicioso de encontros amorosos e sexuais decepcionantes e agressivos, que também contribuem para manter representações negativas sobre os homens e sobre si mesmas.

As histórias relatadas desvelam também dificuldades que foram vivenciadas ao longo da vida, com isolamento, medo que os outros têm de doentes mentais na convivência familiar ou social (e na falta dela), recusas de ajuda, ou um simples cumprimento não dado. São dificuldades percebidas e elaboradas rapidamente em um significado de ser diferente e até perigoso, como no processo secular de preconceitos e discriminação existente em relação ao doente mental. São relatos de sofrimento ou de sujeição, mas também de agressividade e ou de incompreensão em face dessas interações.

Há, portanto, um imaginário social que inclui 'teorias' do senso comum sobre a doença mental, nas quais cabeça e nervos estão no centro, opondo-se em inocência

e maldade, equilíbrio e desordem, retardamento e degeneração, além de uma determinação do modo de vida e moral como fontes de perturbação, tão antigos e tão ainda presentes (JODELET, 1989; GIAMI, 2004).

Nunnally (1961) apresenta o doente mental do ponto de vista da população como estigmatizado, com representações de imprevisível, sujo, perigoso e sem senso de valores.

Guilhon de Albuquerque (1978), Jacques (2002), Perussi (1995) e Schurmans (1990) apontam os mesmos resultados em seus estudos com populações e sujeitos diferentes, podendo ser citadas representações de “fraqueza na cabeça”, “cabeça ruim”, “amnésia” que levam a “um sentimento ruim, aquela ira, aquela agitação”, atitudes de agressividade, descontrole e imprevisibilidade, mostrando a falta de utilização da razão no cotidiano e a não observância de normas de condutas sociais. A imprevisibilidade de atitudes causa medo nas pessoas em torno do doente mental e vários entrevistados a isto se referem, como algo percebido, mas sobre o qual sempre acreditam que estavam certos (E1, E3, E7, E8, E9, E10.....). O uso constante de medicamentos está no centro desse conflito: a necessidade de tomá-los para se manterem sem delírios, para ‘manter a normalidade’ (E2) e para ‘cortar a agitação’ (E4, E7, E25, E33), é apontada nas falas, mas na prática, há um relaxamento no uso, de maneira ‘despercebida’ ou devido à certeza que ‘agora fiquei bem’ ou, ainda, porque ‘na igreja dizem que vou ficar curado’. O retorno às crises torna-se, assim, uma constante na trajetória da maioria dos entrevistados. As representações aqui se misturam entre as originárias de uma cultura secular com as advindas de informações científicas, mas estas últimas, não são necessariamente objetivadas em saberes ou são construídas confundindo-se informações, não sendo, por si só, capazes de engendrar posturas de cuidado consigo próprios, para o controle do agravo mental.

Na prática, os conflitos e dificuldades que os familiares vivenciam no relacionamento com o sujeito portador de transtorno mental parecem acumular-se e não haver a possibilidade de rompimento com a lógica de não-adesão, levando ao ciclo de crises, reinternações, permeados, muitas vezes, por desistências e abandonos, em um contexto social que também é desfavorável pela falta de condições mínimas que assegurem um acompanhamento constante do sujeito.

REPRESENTAÇÕES SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS – PREVENÇÃO E RISCO

Os estudos das representações sobre a aids, desde o aparecimento da epidemia, mostram que o sexo, o sangue e a morte são seus símbolos; no entanto, são também os símbolos da vida. Os comportamentos desviantes em relação aos três elementos atribuem sua maior representação à noção de culpabilidade: mais que um comportamento perigoso ou de simples fraqueza, é um lado condenável de hábitos desviantes, de perversão, reprovados socialmente, que se tornam responsáveis pela epidemia (SONTAG,

1989). A doença seria uma punição (JODELET, 1989), achado que se confirmou em inúmeros estudos posteriores (BRASILEIRO; FREITAS, 2006; FREITAS; MOREIRA, 2007; SOUZA; FREITAS, 2002; HERZLICH, 2002; OLIVEIRA et al., 2006; VIANNA; FREITAS, 2007), em diferentes grupos sociais.

As representações sobre a infecção pelo HIV, diferentemente da aids como doença, não são introjetadas facilmente na população geral, nem em grupos específicos: são as informações sobre a síndrome veiculadas pela mídia e pelas relações pessoais, falando de sinais e sintomas, dos 'estragos' físicos, da morte rápida após o diagnóstico e das formas de contaminação que justificam os denominados 'grupos de risco' (nos quais os simples mortais não se sentiam inseridos) que se estabelecem como mitos fundadores. Algum tempo depois, começa a se desvelar, com os dados epidemiológicos e as descobertas clínicas, que pode haver um tempo longo entre a infecção e o surgimento da síndrome e que os infectados também transmitem o vírus. Só assim as representações sobre a infecção começam a se objetivar, tomar corpo na sociedade, mas sem se ancorarem fortemente na idéia de que qualquer um poder ter risco de se infectar. A idéia de que a aids é doença do outro persiste e desresponsabiliza o sujeito da prevenção. Tais representações estão presentes também entre as pessoas com transtornos mentais graves entrevistadas na pesquisa.

Os homens falam na aids, considerando primeiramente que é uma doença transmissível. Para todos é uma doença incurável, exceção a um só entrevistado que insistiu sobre o fato de saber que é curável (E26). A expressão estutural do conjunto é:

Aids é uma "doença que não tem cura" (explicitamente em E12, E15, E20, E27), que "só Deus pode dar um jeito" (E19), que "é perigosa porque não acharam a cura e não vão achar" (E35), que "deixa a pessoa magra e feia" (E14) que "é o fim da vida" (E36) porque "quem pega aids acabou" (E22): "O que você pensa da aids? Morte" (E15) e "Você pensa o quê disso? Ih! Todo mundo sofrendo, todo mundo sofrendo..." (E15). Porém, para alguns "tem tratamento" (E20), mesmo sendo "um sacrifício para quem tem" (E29).

A grande maioria dos homens não tem representações sobre o HIV ou sequer uma idéia de um vírus como causador da infecção. Somente E5 descreveu formas de contágio e o vírus de forma clara e um dos entrevistados se referiu à aids como proveniente de "um micróbio que come a pessoa", relatando que já ouviu falar que "vem pelo sexo e sangue" (E19), sendo esta a representação de todos sobre a transmissibilidade. Além disso, alguns lembram que é doença que "pega só de se sentar" (E37), que "pega no beijo" (E25) e "no abraço" (E38), é "doença que veio do macaco" (E16) ou é que "veio, apareceu, foram mexer aonde não deviam lá na África... [além de] ter também aquela matéria que abafaram logo de que a aids era produto de laboratório porque o homem é capaz de fazer isso para ganhar dinheiro" (E29), "meu pai falou que pega, mas não sei como é, sei que tenho de ter cuidado" (E2).

Há, portanto, uma mistura de informações científicas com pensamentos carregados de dúvidas e interpretações de notícias da imprensa ou de comentários de pessoas da convivência sobre a transmissão do HIV, mas persistem pensamentos fragmentados que não contribuem para uma referência positiva para cada pessoa.

Para as IST, em geral, houve citação de nomes que os entrevistados conhecem porque já foram infectados ou porque já ouviram falar, sendo que aqueles que já se infectaram alguma vez buscaram o tratamento com pessoal de farmácia, por medo de serem descobertos pela família, mas, sobretudo, por se sentirem envergonhados. A representação de relações sexuais sujas e condenáveis é forte o suficiente para justificar o silêncio em torno do assunto. Porém, nenhum dos homens fazem a oposição curável/incurável para se referirem às IST, e alguns, quando perguntados, lembraram-se somente da aids como uma IST. Os demais, além da aids, referiram-se à “gonorréia”, “gonorréia branca e amarela”, “sífilis” “cancro” (E2, E3, E5, E7, E22, E25, E34, E37,E38) “crista de galo” (E38), “cavalo de crista” (E7, E22), “doenças que tem que parar de fazer coisas com mulher” (E26), “chato” (E30), “doença de pele” (E34), “hepatite, porque está falando na televisão” (E36), “caxumba e conjuntivite” (E39).

Para os entrevistados, a representação da transmissão das IST e aids define-se na oposição entre “mulher direita e mulher da zona”, “mulher doente e mulher sadia”, “mulher suja e mulher limpinha”, havendo alguns que afirmam que as conhecem “só de olhar” ou “só do jeito da mulher andar” (E22). A transmissão do HIV perde um pouco da objetivação pela falta de experiência, mas a informação sobre o fato de que vem pelo sangue ou pelo contato sexual não protegido é corrente; mas acabam todos se concentrando nas representações sobre a mulher. A ancoragem ainda se encontra em valores bastante estabelecidos em representações antigas sobre a mulher como a principal ‘fonte dos males’.

Para as mulheres entrevistadas, a aids é antes de tudo transmissível pelas relações sexuais desprotegidas. A maioria diz que aprendeu sobre ela na televisão, uma ou outra viu nos livros (as muito jovens), e algumas na rua, com amigas ou com um homem. Poucas fazem referência ao sangue, a seringas contaminadas, e, quando o fazem, é lembrando a obrigação de se “usar material descartável nos serviços de saúde, conferindo quando for tomar uma injeção, e não compartilhar seringas quando usar drogas injetáveis” (E31). Suas falas podem ser assim resumidas:

“Aids é doença sexualmente transmissível” (E4, E6, E8, 39, E11, E12, E13, E14, E18, E21, E22, E28, E31, E33), mas “eu não sei direito como pega ou nunca ouvi falar” (E17, E22, E24, E32), “pega em relações com homem desconhecido” (E9), “pega no beijo e saliva” (E4, E12, E13, E16), e “nas carícias sem penetração” (E28), mas ter “relação com um homem só” é suficiente para não se infectar (E11). É doença que “*esmagrece* e faz cair o cabelo” (E21), “que não tem cura” (idem para a maioria citada), “matando logo a pessoa” (E14): “se ela contaminar o sangue da gente, a gente vai pro brejo” (E18). Entre as mulheres, não

houve nenhuma que citasse ou explicitasse a representação de um vírus ou falasse do HIV, nem de uma generalização do tipo “micróbio”, como alguns homens o fizeram.

Além da aids, a maioria ouviu falar das IST, e algumas contam que já se infectaram e fizeram tratamento. Citam “gonorréia” (ou “guinorréia”), “gonorréia vermelha”, “sífilis”, “caroço de sífilis”, “cancro”, “candidíase”, “doenças venéreas”, “doença que fere a pessoa tudo por baixo assim, fere, fere, fica aqueles pedaços assim, parecendo que tá apodrecendo a pele”, “condiloma”, mas uma delas (E16) disse que tem “lupus” (e no seu prontuário consta esse diagnóstico), que foi transmitido “pelo marido”, e outra citou “câncer” e “gripe”, mas depois disse que a gripe “pegava pelo vento”. Várias afirmaram que as IST podem vir na água, ou que “pegam sentando no vaso, sentando em cadeira ou banco que a pessoa doente tenha se assentado”, porque tem “umas [doenças] que a pessoa nem sabe que tem, [sendo] a ferida invisível”, e “pega pelas roupas”, além de outras que se lembram da transmissão pelo “sexo sem cuidado”, com “homem sem-vergonha” e “marido que anda por aí sem a gente saber, trazendo para casa o que não devia”. As representações das IST como algo sobre o qual não têm controle, que é secreto e perigoso, é, portanto, central para as mulheres, mantendo-as submetidas a uma situação ou ao homem que tem poder sobre elas.

Ressalta-se, então, que os homens e mulheres têm representações muito próximas sobre a aids, sobretudo sobre morte e sexo. Os homens consideram a aids e as IST em geral coisa de “prostituta” com quem têm mais relações sexuais e, para as mulheres, é coisa mais difusa, podendo ser pelo sexo, que elas representam como penetrativo, mas também por outros meios reconhecidos de outras representações das doenças parasitárias e infecciosas de modo geral, achados já discutidos também por Pinto et al. (2007). Os autores afirmaram que as representações que encontraram de pessoas com transtornos mentais não diferem daquelas encontradas na população geral.

O contágio por material contaminado é lembrado, mas todos afirmam que não têm riscos porque não se drogam ou porque não fazem uso de droga injetável. Muitas das representações não seguem necessariamente uma informação científica, mas, ao contrário, ligam-se ao senso comum das mais variadas fontes.

Os homens referem-se ao fato de terem de fazer tratamentos de suas infecções sexuais em segredo, enquanto que as mulheres não tocam nesse assunto. A vergonha, a culpa milenar de uns e a vitimização de outros podem explicar a estruturação das narrativas. Os entrevistados contam, também, histórias de pessoas conhecidas sobre as quais ficaram sabendo que ‘estavam com aids’, afirmando a necessidade de manter segredo da situação, pois os outros pensam mal e têm medo. Essa representação sobre o silenciamento em torno da aids, que é sustentada em outra mais forte e inflexível relativa ao preconceito da pessoa infectada ou doente, é, portanto, estendida a todos, como se viu em outros estudos, tais como Brasileiro & Freitas (2006), Freitas & Moreira (2007), Giami & Veil (1994), Grmek (1989), Herzlich (2002), Herzlich & Pierret (1991),

Jodelet (1989), Oliveira et al. (2006), Oppenheimer (1988), Patton (1990), Souza & Freitas (2002) e Vianna & Freitas (2007), entre outros.

Vale ressaltar que uma só entrevistada conhecia seu status sorológico de infectada pelo HIV, mas explicitou isso somente no início da entrevista, fazendo o gesto de levar o dedo indicador à boca em sinal de silêncio e falando bem baixinho, quando relatou:

Entrevistador: Nós vamos conversar sobre sua vida, e você já começou me contando que você trabalhou na zona....

E9: Eu trabalhei. Eu considero isso um trabalho porque eu pagava a diária todos os dias... Aí eles me pagavam, o pessoal da farmácia estava prevenindo com preser..., preservativo que fala?

Entrevistador: Hum, hum.

E9: Com preservativo. Aí só que eu..., não, eu não tenho vergonha de falar que eu tenho isso não, mas quando o primeiro médico falou, falou que eu, que eu tinha que limpar tudo, tudinho, com bombril, desinfetante, que eu tava quente, que eu vi que eu não tava... que eu tenho que esquecer, que isso perturba muito a minha cabeça, o medo de morrer disso, porque disso eu falei que não ia morrer.

Entrevistador: De que?

E9: De aids (S1).

Muito depois, retoma o assunto para falar de risco de engravidar e de transmissão da aids, mas, nesse momento, já sem nomeá-la:

E9: “Fico morrendo de medo da camisinha estourar e eu arrumar um filho ou eu transmitir a doença que eu tenho... pegar uma doença e pegar filho também. A camisinha pode... tem homem que faz tantas coisas... não, não dá pra tantas coisas, não é nada disso não! Aí, na hora que eu bebo, eu fico com medo de engravidar e de pegar doença, entendeu? (S15).

E9 explicita que não usa sempre o preservativo porque os homens com os quais tem relação não querem ou não o utilizam, além de estar sempre drogada ou bêbada ao sair para a rua “procurando” parceiros.

Esta entrevistada exemplifica situações de risco vivenciadas por todos os entrevistados, que narram histórias de relações sexuais sem preservativo, apesar de a maioria dizer que sabem que ele é necessário para não “pegar aids”.

Risco e prevenção: onde estão os limites?

A entrevistada 28 diz:

“A aids pra mim representa muita coisa, ela pode ser desde uma ignorância até um insulto. As pessoas sabem, entendem, mas teimam em fazer aquilo assim mesmo. É como um desafio, a pessoa transar sem camisinha: “qual

nada, isso aí é coisa de careta, coisa de coroa". O próprio coroa também aproveitando das jovens pra ter um melhor prazer e não se importar com a saúde das jovens, mas sim com o prazer deles. Ele induzi-la a não transar com camisinha.... (S14). Eu já não corro nenhum risco, não tenho relações com ninguém há muitos anos, mas já corri, [apesar de que] ele falava as coisas pra mim, ele não era mentiroso, mas eu achava que era porque geralmente todo homem é mentiroso, né? Depois achei camisinha no bolso dele e me separei. Ele estava me traindo" (S15).

Nessa fala aparecem várias representações sobre risco de infecção: 1) o risco existe porque há ignorância; 2) o risco representa um desafio para a pessoa (para provar que é mais forte do que o objeto do risco?); 3) o outro é quem tem risco de se infectar; 4) corre-se risco porque o homem prefere o prazer e o preservativo 'atrapalha'; 5) o homem geralmente é mentiroso quando o assunto é sexo; 6) existe risco de traição pelo homem, mesmo quando ele é parceiro fixo.

As demais entrevistadas têm narrativas nas mesmas vertentes, todas relacionadas às representações de como se deve e de como se vive a sexualidade, sendo mais ou menos retraídas, ou mais ou menos atiradas. A maioria se diz mais retraída, e, por isso mesmo, com menos risco, mas as que se consideram mais atiradas acham que não dá para controlar tudo ou que "um certo risco faz parte de suas vidas" porque "não têm medo" (E9, E14, E 16...). Os relatos apontam que a maioria tem histórias de início de vida sexual muito precoce, algumas (sete mulheres entrevistadas) sofreram abuso sexual por parte de familiar, tais como pai, tio, ou conhecidos da família desde crianças, por exemplo, sendo que duas delas engravidaram do pai, e a maioria nunca teve ou tem orgasmos. Em recente estudo quantitativo, realizado com pacientes de dois serviços nos Estados Unidos da América, Perry & Wright (2006) identificaram características semelhantes, que apontam para as dificuldades de uma vivência saudável nas relações sexuais.

Várias mulheres dizem que as relações sexuais são uma violência, e muitas mantiveram relações para não apanhar dos companheiros, submetidas também a abusos por parte destes. As representações sobre o ato sexual são, em geral, negativas, apontando raiva, desprezo por si mesma e pelo parceiro, justificando posturas de abandono de vida sexual: "sentia dor, o negócio dele era cheio de espinho" (E13), "transava por transar, não tinha responsabilidade e homem nenhum prestava" (E16), "ter relações sexuais é engravidar, já que a cada vez que ficava com ele eu arrumava um filho" (E13), "homem é só pra botar filho na barriga da gente" (E18, E23). Para E4, "com o tempo, você não quer mais homem, [pois] não sente mais nada". As falas se repetem: "não quero saber de homem mais não comigo, não. Quero não..." (E18), "hoje não tem mais relação, não. Tem dois anos sem. Não transo mais. (Por quê?) Ah, porque eu tava com companheiro que não presta, então..." (E21). "Meu marido não prestava, sumia, me batia, me obrigava a ter sexo..." (E33) "Eu durmo... quando eu acordo, acordo com um pé

em cima de mim... Eu sinto assim... abusada. Eu sinto abusada. Tô com a calça suja, a cama suja... É muito ridículo, muita rebaixeza.”(E17). Em contraposição, E6 relata sua experiência e reflete, como se fosse para justificar a falta de auto-estima das demais: “ter prazer nas relações sexuais é um aprendizado a dois, o parceiro tem de ser cuidadoso e ensinar a gostar de sexo”, reafirmado por E31, que se diz feliz com o atual companheiro, por ele ser “muito ajuizado”.

Nesse sentido, E9 diz que gostaria de ter um parceiro por quem se apaixonasse, mas conta que nunca conseguiu atingir um orgasmo, “apesar de quase ter chegado lá”, porque “quando faço sexo é por dinheiro, porque de graça não; gosto de fazer, procuro, mas só por dinheiro. Quero ter prazer, com alguns eu quero, mas só que ninguém gosta da gente.” (S18). E14 conta também que os parceiros existem porque ela troca relação sexual por drogas e dinheiro, sendo que ela gostava e tinha prazer sexual com o primeiro companheiro que ficou com ela por mais tempo, “porque ele era bom, não me deixava sair de casa para comprar drogas”.

Para a maioria das mulheres há a representação de uma boa sexualidade (paralela a relações amorosas) com uma vida de casal - “uma vida normal”, num imaginário social das novelas televisas: “Eu sempre quis que fosse sério, que o homem gostasse de mim, para namorar, para casar...” (E6, E8, E11, E31), que “pedisse para casar de véu e grinalda” (E17), que “ficasse perto e fosse companheiro” (E21, E28, E32, E14) e outra entrevistada relata que já teve “até um rapaz no hospital querendo namorá-la”, mas ela pensou que não podia porque não é ‘normal’: “como que namora louco com louco? Não dá certo não... porque se esses dois doidos começar a quebrar tudo dentro de casa? Ou se os dois ficar doido e trazer tudo pro Pinel os dois de uma vez? Fica difícil. Os doidos têm que namorar com normal. Porque tem o normal pra segurar, tem o normal pra proteger.” (E4). As representações entre transtorno mental e relações amorosas estão interrelacionadas aqui: há a fragilidade uma pessoa que precisa ser protegida por alguém “normal”.

Tais representações não diferem do que é encontrado na população geral, havendo obviamente variantes e mulheres que não seguem e não querem esse padrão. Mulheres que desejam uma vida a dois, com relações monogâmicas, querem também acreditar que não têm riscos, porém nenhuma das entrevistadas viveu relacionamentos desse tipo. Acreditam que não tiveram riscos de se infectar porque não existia a aids e as outras doenças não eram importantes (eram curáveis) ou porque não já não objetivam mais o risco que imaginam ser uma história do passado. Hoje, a maioria diz que não corre mais riscos porque não tem mais relacionamento sexual. Todas têm a informação da necessidade de se usar preservativo, mas nunca o fizeram e não se sentem constrangidas por isso.

As que têm parceiro fixo e relações sexuais atuais (quatro somente das entrevistadas) também não se sentem em risco e não fazem uso de camisinha, mesmo sabendo da sua existência e importância. Nenhuma das entrevistadas conhece o preservativo feminino,

e aquelas de múltiplos parceiros sabem dos riscos, mas não os introjetam como tal. Além disso, E17, por exemplo, afirmou que o “único risco que tem para pegar as doenças é andar com os pés descalços”.

A fundamentação está mais em outras representações e a objetivação não serve para definir limites para essas pessoas. Para essas mulheres, por não se sentirem normais, existe o fato de que o desejo do homem representa um favor e, por isso, não devem pedir ou exigir nada. Também não conseguem, muitas vezes, manter uma postura crítica que lhes proteja, e se submetem a qualquer situação, inclusive as de violência pelo parceiro, como descrito anteriormente. O fato de serem pobres, de não verem saída (o que representa, na prática, uma capacidade crítica) para o contexto socioeconômico de suas vidas não seria um agravante? Em risco todas estão, mas reconhecerem-se em risco é outra questão.

Pode-se afirmar que, quando há dificuldades cognitivas severas, tudo fica mais difícil para se abordar, pensar e fazer prevenção, porém, nem todas têm esses problemas – a falta maior parece vir da não-interlocução, da agressividade dos parceiros ou do abandono em que vivem. De fato, as representações múltiplas e confusas sobre as doenças, sobretudo, aquelas sobre si mesmas, sobre os agravos mentais, sobre ser mulher, parecem ser determinantes na maneira de se cuidarem ou se descuidarem, paralelamente ao contexto objetivo de suas vidas.

A análise das entrevistas dos homens, por outro lado, aponta que há também fragilidades vivenciadas nas interações com outros, e sofrimento das mais variadas violências (nove sofreram violência física e cinco violência sexual). A maioria dos homens narra violências cometidas a pessoas da família ou a conhecidas, com tentativas de assassinato e, até mesmo, assassinatos, o que não é o caso para a maioria das mulheres. Dos homens que já tiveram relações sexuais (20), somente quatro tinham relações mais ou menos constantes com parceiras à época das entrevistas, três afirmaram ter relações com outros homens por dinheiro e dois outros afirmaram só ter relações homossexuais, sendo que a maioria dos homens que tem/teve vida sexual ativa frequente/ou profissionais do sexo. Além disso, três homens afirmaram trocar sexo por drogas ou dinheiro, e um dos que disseram nunca ter tido relações sexuais porque “é pecado antes do casamento” tem relatos de assédio e de ter sido obrigado, dentro do hospital, a ter sexo oral com outro homem hospitalizado. Os homens que se drogam afirmaram que as “drogas tiram o desejo” (E2, E12, E29) ou que “não gostam de misturar sexo com droga” (E5), ou que fazem “coisas que não deveriam e nem ficam sabendo direito o que aconteceu depois” (E12, E29).

Para a maioria dos homens entrevistados, as únicas relações sexuais possíveis para eles “que têm problemas” são com “prostitutas”, “mulheres da vida”, “mulheres de vida fácil”, porque eles pagam e “depois não tem mais nada”. E2 lembra que “isto não é amor. Essas mulheres só ficam com a gente por dinheiro, não têm amizade, não têm amor, não têm

nada”, sintetizando o que muitos descrevem como falta de carinho e de afeto em seus relacionamentos, sem, no entanto, acharem que podem construir outras relações que não as esporádicas e somente por sexo. Com as prostitutas “é necessário fazer uso de preservativos”, mas só os usam “quando elas exigem”, “quando lembram”, quando os “têm na hora da relação”. Em oposição, com as possíveis namoradas ou companheiras fixas não há necessidade de nenhuma prevenção porque elas são as “escolhidas”, “limpas”, ou “com elas vou é casar e ter filhos”.

Para alguns, a falta de desejo e de capacidade para manter uma ereção é o que os fazem se distanciar das mulheres que consideram ‘normais’, mas, também, há uma minoria que acha que uma mulher não vai se interessar “por um homem que ficou doido” ou que as mulheres com as quais ficou um tempo acabaram por traí-los. A representação corrente entre esses homens é de que as mulheres ou são aproveitadoras ou são ‘prostitutas’, com exceção de dois que disseram ter sido casados e que tiveram boas companheiras enquanto elas viveram. A raiva pelas mulheres está sempre ligada à idéia de traição, por terem sido ‘trocados’ ou ‘abandonados’.

Apesar, pois, de relações com múltiplas parceiras e de saberem da importância de se protegerem com o uso de preservativo e não o fazerem como regra, os entrevistados não representam o risco como algo presente em suas vidas, ou dizem não querer saber dele, porque sempre escolheram mulheres “limpas”, “conhecidas”, que não “têm nenhum sinal de que estão doentes”, porque “isto se conhece pela pele”, “pelo jeito de andar”, por “ouvir falar”, “pelo capricho delas”, mesmo quando são mulheres que só fazem sexo por dinheiro.

Vale ressaltar a reflexão de um dos entrevistados, nesse sentido: E19 acredita que para se proteger da aids ‘tem que correr de mulher’ e depois se explica: “se é mulher conhecida tudo bem”, mas “se for vadia, mesmo conhecida, não tem jeito”, e “se a mulher for desconhecida, nem pensar!”. Depois, ele compara os possíveis riscos advindos de uma mulher bonita com os de uma mulher feia: “as bonitas são piores porque são mais perseguidas” (“eu era bonito e era perseguido!”). Se uma mulher bonita o procura ele diz que “tem certeza de que algo está errado”. Diz que prefere as feias porque “quase ninguém quer elas”. Porém, logo em seguida, lembra que existem homens que podem estar infectados e querem que o vírus seja transmitido a muitas pessoas, fazendo-os decidirem ter relações com as feias, pensando: “ah! eu estou desgraçado mesmo, vou ficar com essa menina, distribuindo pros outros, porque vai só passando”. Sua escolha, depois de alguns anos, é a abstinência porque ele acha, além de tudo, que a única companheira com quem ficou certo tempo teve aids.

As representações são, portanto, variadas quando se fala de risco de transmissão da aids. E1, por exemplo, diz que o risco existe para “as pessoas que fazem sexo demais”, sendo que “o gozo exagerado” é o maior risco, relacionando-o ao fato de que pode haver muita fricção e passar “a doença”: “Muita gente faz sexo gozando demais e aí vai passando pras

pessoas e vai tendo as doenças todas. Se uma pessoa está machucada e passa, através de relação sexual, passa aids." E1 não se vê em risco porque "não faz sexo assim", só teve relação "umas cinco vezes" e diz que consegue "camisinha no centro de saúde" quando precisa. Quando perguntado se sabe usar o preservativo, diz que usa, mas não tem certeza se sabe e não foi sempre que o fez. E2 tem o mesmo argumento: foi bem informado pelo pai, mas, como não faz sexo sempre, não acha que tenha risco, além do que, algumas vezes, até lembrou-se do preservativo, mas não estava com ele no momento da necessidade.

Outros entrevistados acreditam que o melhor é ter uma parceira única para não ter risco e a maioria diz que, por causa do fato de não estarem tendo relações sexuais atualmente (ou há muito tempo), não corre nenhum risco. E o passado? Para eles, o que foi feito está feito e o fato de não terem se protegido não o fazem estar infectados, "senão já saberiam".

Somente um entrevistado tem clareza dos riscos incorridos (E5). Ele contou que já se infectou duas vezes por gonorréia e sífilis, e que, ao escolher um parceiro fixo, fez os testes anti-HIV e definiu com o parceiro ficarem livres "daquele artefato" (o preservativo), mas também com a decisão expressa de somente usá-lo caso tenham relações sexuais com outros parceiros.

Também como as mulheres, com exceção desse entrevistado, os demais, geralmente, não fazem uma relação direta das IST ou da aids com os agentes infecciosos, representando as doenças como algo um pouco misterioso, que é transmitido, mas que é invisível, o que parece ser um complicador para se adotar atitudes de prevenção. O preservativo é visto como uma forma de proteção, mas também como uma "barreira para o gozo", uma "sensação de chupar bala com papel", um "aperto" e uma "coisa que ninguém gosta". Muitos dizem buscar o preservativo no serviço de saúde e trocar por cigarros, e também por leite, porque não "vou deixar para o Estado, vou?" (E22).

Além disso, os homens narram situações vivenciadas "quando eram caminhoneiros", quando "acreditavam que a mulher da vez estava disponível só para ele", quando "bebiam cachaça demais e nem sabiam o que estavam fazendo" (E29), quando "estavam casados e só tinham relações de vez em quando com outra" (E22), quando pensavam que "estavam amando e o parceiro só queria sexo" (E5) como situações que foram de risco, mas que já não são mais no momento atual. No entanto, nem isso define que se protegerão em novas relações.

Andrade & Nóbrega-Therrien (2005), em pesquisa qualitativa sobre representações de homens heterossexuais acima de 18 anos que freqüentam o ambulatório de IST de um hospital público de Fortaleza-CE, analisaram a vulnerabilidade desses em relação à aids, apontando a existência de representações que são as mesmas encontradas no presente estudo para os homens.

Esses, bem como as mulheres, tiveram e têm práticas de risco, como narraram em suas entrevistas, mas, ao se definirem como retraídos ou atirados, reconhecem-se com

menor facilidade do que as mulheres, como se percebessem estar mais ou menos imunes a eles (aos riscos?). Há uma representação corrente do poder preservado diante da vida e da morte, da qual os entrevistados mais atirados se valem e os mais retraídos nem se lembram da existência. Os limites do risco são, portanto, para serem ultrapassados, ou não são reconhecidos ou são considerados simplesmente inexistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a interpretação dos dados, pode-se afirmar que as pessoas com agravos mentais têm representações próximas de outros grupos específicos e da população geral sobre as IST e aids. Porém, esses homens e mulheres têm desigualdades em seus contextos de vida, que os fazem diferentes em face do risco, apesar de a maioria, nos dois grupos, estar em abstinência sexual, o que traz, para eles, a representação de que não há mais risco. Os homens, em sua maioria, ainda querem voltar a ter vida sexual ativa, enquanto muitas mulheres consideram isso fora de cogitação. Obviamente, pode-se dizer e esperar que tais posturas não sejam definitivas, sendo a maioria das mulheres capazes, autonomamente, de ter vida sexual ativa.

Os homens com agravos mentais buscam mais as relações esporádicas com profissionais do sexo e têm relações sexuais fundamentadas em um ponto de vista que se pode denominar de pragmático, sendo que os mais jovens pensam em sexo também para ter filhos. No entanto, as mulheres sonham/ram com relações amorosas duradouras para ter vida sexual ativa e prazerosa, o que, em geral, não conheceram. Algumas ainda mantêm o desejo, mas a maioria já o abandonou.

Pode-se, portanto, inferir que as representações sobre as doenças, inclusive aquelas relativas aos transtornos mentais, sobre a sexualidade e suas formas de vivenciá-la contribuem essencialmente para se representar o risco de infecção pelas IST e aids, e a ter ou não posturas de prevenção. Saber da existência das doenças, de como se transmitem os agentes infecciosos e até mesmo representar a aids como morte não diminui os riscos e a vulnerabilidade desse grupo.

As estratégias de acompanhamento, com construção de conhecimento, reestruturação de representações, paralelas a mudanças de atitudes, para o cuidado consigo mesmo e com os outros, devem ser pensadas como uma necessidade de atenção integral, contínua e multiprofissional que possa estar disponível em locais onde há maior acesso e facilidades dessas pessoas, no cotidiano.

O saber objetivo não é suficiente, mas necessário. O saber acompanhado de reflexão do contexto e de possibilidades de cuidados que levem a uma maior adesão aos tratamentos propostos, bem como à adoção de condutas preventivas, pode propiciar maior autonomia aos sujeitos e a reconstrução de identidades, por vezes tão fragmentadas, de pessoas com transtornos mentais graves.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon de. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- ANDRADE, L. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/ aids. *Jorn. Bras. de DST, [S.l.]*, v. 17, p. 121-126, 2005.
- BAJOS, N.; LUDWIG, D. Risque construit et objectivation du risque: deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du Sida. In: BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (Coord). *Sexualité et Sida, recherches en sciences sociales*. Paris: ANRS, 1995.
- BARTHES, R. Introduction à l'analyse structurale des récits. In: L'ANALYSE structurale du récit. Paris: Seuil, 1981. p. 7-33. (Communications, 8).
- BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. F. Social representations about aids in people over 50, infected by HIV. *Rev. Lat. Am. Enfermagem, [S.l.]*, v. 14, p. 789-795, 2006.
- DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, 1997.
- DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ. Soc., [S.l.]*, v. 19, p. 13-30, 1998.
- FREITAS, M. I. F.; MOREIRA, O. G. Experiência social de mães soropositivas pelo HIV no período de espera da confirmação diagnóstica do filho. *Rev. Min. Enfermagem, [S.l.]*, v. 11, p. 126-131, 2007.
- GIAMI, A. *O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, instituição*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- _____. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis, [S.l.]*, v. 17, p. 301-320, 2007.
- GIAMI, A.; VEIL, C. *Des inirmières face au sida, représentations et conduites, permanences et changements*. Paris: Ed INSERM, 1994.
- GILMAN, S. *Diference and pathology, stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca: Cornell University Press, 1985.
- _____. *Disease and representation, images of illness from madness to AIDS*. Ithaca: Cornell University Press, 1988.
- GREIMAS, A. J. Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique. In: L'ANALYSE structurale du récit. Paris: Seuil, 1981. p. 28-65. (Communications, 8).
- _____. *Sémantique structurale, recherche et méthode*. Paris: Larousse, 1966.
- GRMEK, M. *Histoire du sida*. Paris: Payot, 1989.
- HERZLICH, Claudine. La representation sociale. In: MOSCOVICIS (Org.). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse, 1972.
- _____. *Réussir sa these en sciences sociales*. Paris: Nathan Université, 2002. 121 p.

- _____. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS, 2005.
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot, 1991.
- JACQUES, M. G. "Doença dos nervos": uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 98-111.
- JODELET, D. (Dir). *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1994.
- _____. *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF, 1989.
- _____. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1997.
- LE BRETON, D. *La sociologie du risque*. Que sais je? Paris: PUF, 1995.
- MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF, 1961.
- NUNNALLY, J. *Popular conceptions of mental health: their development and change*. New York: Holt: Rinchart & Winston, 1961.
- OLIVEIRA, D. C. et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. *Texto Contexto - Enferm.*, [S.l.], v. 15, p. 654-662, 2006.
- OPPENHEIMER, G. In the eye of storm: the epidemiological construction of AIDS. In: FEE, E.; FOX, D. (Ed.). *AIDS: The burden of history*. Berkeley: University of California Press, 1988. p. 267-300.
- PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes. In: _____. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin, 2005. p. 147-179.
- PATIN, B. *Maladie mentale & infection à VIH, étude psychosociale des représentations et des comportements en milieu psychiatrique: prise en charge, prévention et responsabilité*. 2000. Thèse (Doctorat en psychologie sociale)–L'École des hautes études en sciences sociales, Paris, 2000.
- PATTON, C. *Inventing AIDS*. New York: Routledge, 1990.
- PERRUSI, A. *Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo: Cortez, 1995.
- PERRY, B. L.; WRIGHT, E. R. The sexual partnerships of people with serious Mental Illness. *The Journal of Sex Research*, [S.l.], v. 43, p. 174-181, 2006.
- PINTO, D. S. et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, p. 2224-2233, 2007.
- SCHURMANS, M. N. *Maladie mentale et sens commun*. Paris: Delachaux et Niestlé, 1990.
- SONTAG, Suzan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Schwarcz, 1989. 111 p.
- SOUZA, V.; FREITAS, M. I. F. Adolescentes, aids e as campanhas educativas. *Rev. Min. Enfermagem*, [S.l.], v. 6, p. 2-6, 2002.
- VIANNA, P.C. M.; FREITAS, M. I. F. Família, doença mental e infecção pelo HIV. *Rev. Min. Enfermagem*, [S.l.], v. 11, p. 132-138, 2007.

ANEXO A

LISTA DOS ENTREVISTADOS COM CODIFICAÇÃO NUMERADA E DADOS DE PRONTUÁRIO

Entrevistado 1 (E1) – Homem, 23 anos, solteiro, mora em uma cidade do interior do estado, afastado pelo INSS, 1º grau incompleto, hospitalizado, diagnóstico de F. 20-0, não aderente ao tratamento em casa.

Entrevistado 2 (E2) – Homem, 27 anos, solteiro, nunca trabalhou, tem ensino fundamental incompleto. Possui três irmãos com transtorno bipolar, é usuário de múltiplas drogas. Hospitalizado, hipóteses diagnósticas: F. 60.2 + F. 19, F. 07.0, F. 60.3 e diagnóstico secundário: F. 31.2.

Entrevistado 3 (E3) – Homem, 50 anos, 1º grau incompleto, afastado pelo INSS, hospitalizado, diagnóstico inicial: - F. 31.2. Há 20 anos com evolução da doença.

Entrevistada 4 (E4) – Mulher, 30 anos, solteira, desempregada, teve vários empregos até os 27 anos de idade. Histórico de cinco filhos, alguns falecidos, e somente uma filha de sete anos mora com ela. Diz que foi violentada desde pequena e os quatro primeiros filhos são fruto dos estupros. Hospitalizada. Diagnóstico: F20.

Entrevistado 5 (E5) – Homem, 44 anos, possui 3º grau completo, tem companheiro com quem vive, tem emprego fixo. Hospitalizado, usuário de maconha e cocaína desde os 14 anos, há quinze anos passou a fazer uso de crack e apresenta histórico de auto-extermínio. O pai é alcoólatra. Diagnóstico: F.19.

Entrevistada 6 (E6) – Mulher, 18 anos, ensino fundamental completo, viveu o último ano com um companheiro que está atualmente na prisão, tem sete irmãos e um deles tem problemas psiquiátricos assim como o pai. Desde os 12 anos de idade é usuária de drogas, levou cinco tiros de traficantes, tem história de ter assassinado um rapaz aos 15 anos por briga por causa de drogas. Hospitalizada. Diagnosticada em F. 07.9, F. 19. e TCE.

Entrevistado 7 (E7) – Homem, 53 anos, sem trabalho, história de fugas domiciliares, de tentativa de assassinato e de não-adesão ao tratamento do hospital dia. Possui 1º grau incompleto, foi casado por mais de 20 anos, separou há seis, tem dois filhos normais e três com deficiência mental, vive sozinho. Diagnóstico de F. 20.0.

Entrevistada 8 (E8) – Mulher, solteira, 42 anos, ensino fundamental incompleto, hospitalizada, tem delírios persecutórios, é agressiva, tem mania de perseguição. Diagnosticada em F. 20 e já teve hipóteses diagnósticas de transtorno bipolar, diabetes e hipotireoidismo.

Entrevistada 9 (E9) – Mulher, 19 anos, solteira, ensino fundamental completo, usuária de drogas, inclusive, crack. Já foi camelô e babá e, atualmente, é garota de programa, como a tia com quem vive. Diz que faz programas para comprar drogas e bebidas. Hospitalizada, tem alucinações, ouve vozes e vê 'coisas'. A mãe é internada em hospital psiquiátrico no interior. Exames anti-HIV e hepatite B positivos. Diagnosticada em F. 19.2 e F. 31.

Entrevistado 10 (E10) – Homem, 25 anos, 1º grau incompleto, solteiro, não trabalha. Veio ao hospital trazido pelo SAMU, com risco de homicídio. Já tentou matar a mãe, faz tratamento psiquiátrico em Centro de Saúde, com várias internações. Diagnóstico: F. 20.0.

Entrevistada 11 (E11) – Mulher, 44 anos, diabética, 1º grau incompleto, doméstica, evangélica, casada há 25 anos, mas não tem bom relacionamento com o marido: ele bebe muito e a agride fisicamente, mas diz-se dependente financeiramente dele. Tem dois filhos, que desde que saíram de casa não dão assistência a ela. Várias internações psiquiátricas e atualmente está hospitalizada. Quando fora, fica a maior parte do tempo na rua. Diagnóstico: F. 31.2 e F. 20.0.

Entrevistado 12 (E12) – Homem, 30 anos de idade, solteiro, desempregado, não tem INSS, foi trazido pela Polícia Militar. Usuário de maconha, crack e cocaína. Foi internado por apresentar risco para si e para terceiros e há seis meses está sem medicação, brigando na rua onde levou dois tiros e pegou faca para ameaçar os vizinhos. Nega uso de álcool e drogas ilícitas. Diagnóstico de F. 20.0.

Entrevistada 13 (E13) – Mulher, 52 anos, mas diz ter 37, separada do marido, desempregada, sem benefícios sociais. Tem três filhos e mora com o mais novo que trabalha. Um de seus filhos foi assassinado e acha que sua filha gasta toda a pensão dele. Tem atitudes violentas em relação aos filhos e vizinhos quando em crise. Doa “coisas de casa” para os outros, cismou que a filha é rica e pegou seu dinheiro. Anda pelas ruas à noite, sem parar. Foi internada por apresentar riscos para terceiros. Há 15 anos faz tratamento psiquiátrico, é cliente de centro de saúde. Diagnóstico: F. 20.0 e F. 31.8?

Entrevistada 14 (E14) – Mulher, 22 anos, solteira, foi casada durante dois anos, mora com a mãe, que sustenta a casa, a irmã, o cunhado, dois sobrinhos e a própria filha; 1º grau incompleto, nunca trabalhou, mas faz programas sexuais para ganhar dinheiro para a compra de drogas; o pai foi assassinado. Tem duas filhas, uma delas vive com a família do pai e ela está sendo monitorada pela Justiça do estado. Hospitalizada, diagnóstico: G 40 + F. 20 + F 29 + F. 19.5.

Entrevistado 15 (E15) – Homem, 25 anos, solteiro, 1º grau incompleto, nunca trabalhou. Hospitalizado por agressividade, ficou sem se alimentar por duas semanas. Há outros doentes psiquiátricos na família; a mãe, falecida, também sofria de transtorno mental. Nega uso de drogas, mas faz uso de álcool e perambula pelas ruas quando em crise. Interrompe medicação por causa da religião. Diagnóstico principal: F. 29, diagnóstico secundário: F. 20.9.

Entrevistada 16 (E16) – Mulher, 38 anos, separada do marido há um ano, pela terceira vez, ensino fundamental incompleto, desempregada. Morava com duas filhas, mas mudaram-se para casa do filho de 19 anos, que é casado, pois sua casa desabou. Nos últimos anos, era sucateira, catando lixo na rua e ganhava coisas ‘pedindo na rua e na feira’. Hospitalizada, diagnóstico: F.63 e F. 30.1.

Entrevistada 17 (E17) – Mulher, 47 anos, casada, mas o marido não mora com ela. Analfabeta, trabalhou como empregada doméstica e hoje está desempregada. Recebe benefício do INSS. Diz que tem dois filhos, o filho mora com o pai, e a filha e as netas moram com ela, além do genro. Há relatos de agressão da filha, que sai de casa e deixa as meninas para a mãe cuidar. Quem cuida dela são os profissionais do serviço de referência. Hospitalizada, diagnóstico de F. 20.0 e crises convulsivas relatadas pela paciente, mas nunca diagnosticadas.

Entrevistada 18 (E18) – Mulher, 42 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, cinco filhos, todos entregues para a adoção. Mora em lar abrigado, em antigo hospital colônia. Acompanhada no CERSAM, diagnóstico: F. 31.2.

Entrevistado 19 (E19) – Homem, 37 anos, solteiro, analfabeto, trabalhou como servente de pedreiro e hoje tem benefício do INSS. Hospitalizado, faz uso de álcool todos os dias e por isso deixa de tomar a medicação. Fica agressivo em casa ameaçando a mãe, já agrediu e apanhou de policiais (tem três intimações). Diagnóstico: F. 20.

Entrevistado 20 (E20) – Homem, 25 anos, solteiro, 1º grau incompleto nunca teve emprego; vendia balas nos sinais e mendigava, e hoje vive da renda do irmão que trabalha na limpeza urbana. Hospitalizado, possui uma irmã com problemas mentais, diagnosticado em F. 20.U + retardo mental.

Entrevistada 21 (E21) – Mulher, 41 anos, solteira, ficou durante oito anos com um companheiro que também era paciente da Saúde Mental e teve 4 filhos. Separou-se dele e diz 'estar amigada com outro homem'. Mora com os filhos. Tem profissão, mas está desempregada, é usuária de drogas ilícitas (crack) e álcool, tem deterioração mental e esquizofrenia persecutória grave, relata tratamentos psiquiátricos anteriores com abandono desses. Acompanhada no CERSAM, diagnósticos de F. 063 + F. 30.1.

Entrevistado 22 (E22) – Homem, 46 anos, 'analfabeto funcional', era lavrador e tratorista, hoje tem aposentadoria pelo INSS, consome bebidas alcoólicas todos os dias, foi preso por tentativa de assassinato e está em liberdade com acompanhamento da Justiça de Minas Gerais. Vive com uma companheira, e tem três filhos com a esposa de quem se separou, sendo que um deles, 'provavelmente', é esquizofrênico. Diagnóstico: F20. Acompanhamento no CERSAM.

Entrevistada 23 (E23) – Mulher, 38 anos, solteira, diz que escreve seu nome apesar de nunca ter estudado. Mora em lar abrigado em antigo hospital colônia e vai ao Centro de Convivência diariamente, mas não sai de perto de uma funcionária que, às vezes, a leva para passear. Dá muita assistência a uma paciente que usa cadeira de rodas. Apresentou episódios de agressão, tem histórias de castigos, de ser castigada e uma demência precoce. Acompanhada no CERSAM. Diagnóstico: F03, F20.

Entrevistada 24 (E24) – Mulher, 68 anos, viúva há 15 anos, ficou amasiada 12 anos. Tem dois filhos vivos, mora com uma filha, mas morou na rua e pedia esmolas para criá-los. Teve sete filhos ao todo. Trabalhou na roça, é aposentada. Teve hanseníase e morou na colônia. Há 10 anos, foi diagnosticada como hipertensa e psicótica (CID-29890), com crises de delírios e alucinações. Diagnóstico: F20.0.

Entrevistado 25 (E25) – Homem, 44 anos, solteiro, 1º grau incompleto, filho único de mãe hanseniana, tentou assassiná-la por enforcamento e foi socorrido por vizinhos ao colocar fogo na cama dela, nunca trabalhou. Acompanhamento diário no Cersam. É considerado usuário de droga, apesar de negar. Faz uso diário de bebida alcoólica. Diagnóstico: F.60.2 e F31.

Entrevistado 26 (E26) – Homem, 24 anos, mas segundo ele tem 15 anos, solteiro, nunca trabalhou. Diagnosticado em F. 72 com oligofrenia grave e distúrbio do comportamento, com acompanhamento diário no CERSAM. Vive com uma tia, apesar de perambular pelas ruas.

Entrevistado 27 (E27) – Homem, 46 anos, separado, diz ter três filhos com mulheres diferentes, 1º grau incompleto, parou de trabalhar há uns 8 anos. Paciente informa que percebeu o início da sua doença quando começou a se comunicar com outras pessoas 'através da mente'. Seu irmão, com quem mora, informa que ele é usuário de drogas. Diagnósticos: déficit cognitivo e esquizofrenia paranóide (F. 20.0); aos 38 anos foi diagnosticado em F. 29; com acompanhamento diário no CERSAM.

Entrevistada 28 (E28) – Mulher, 63 anos, separada há 19 anos, foi professora de artesanato e artesã, não tem aposentadoria e mora sozinha, vive da caridade dos outros. Teve três filhos e diz que todos são autistas. Dois estão vivos, trabalham, mas não a ajudam. O filho mais velho, que hoje deveria ter 40 anos, é falecido, mas ela não sabe se é verdade. Relata que o ex-marido era

psicopata e espancava o filho mais velho. Hospitalizada, foi trazida por um médico do centro de saúde de sua área de abrangência que a encontrou em casa em uma situação 'deplorável', 'de extrema miséria'. Apresenta delírio persecutório e paranóia, tem história de não-adesão ao tratamento ambulatorial, síndrome coronariana e DTU. Diagnóstico: F.22.0.

Entrevistado 29 (E29) – Homem, 42 anos, desquitado, 3 filhas, hospitalizado, 2º grau completo, trabalha desde os 12 anos, hoje como assistente administrativo. Hospitalizado, tem depressão grave (136595), sentimento de culpa e de ruína, alucinações auditivas, delírio persecutório, ansiedade extrema, insônia, tentou suicídio por três vezes e tem ideação suicida permanente. Usuário 'pesado' de drogas e usa medicamentos anti-hipertensivos, ao mesmo tempo. Diagnóstico: F. 19.24, F. 32.2, F. 19.5.

Entrevistado 30 (E30) – Homem, 24 anos, solteiro, ensino fundamental incompleto, trabalhava, mas está afastado pelo INSS. Hospitalizado, mas faz tratamento ambulatorial em cidade do interior do estado. Aos 23 anos, iniciou uso abusivo de álcool e drogas, tem delírios de grandeza e persecutórios, inadequação de comportamento, agressividade e outros. Faz uso irregular de psicofármacos. Diagnóstico: F. 25.2.

Entrevistada 31 (E31) – Mulher, 29 anos, solteira, tem um companheiro com quem vive, possui dois filhos, separou-se do primeiro marido por causa do seu problema mental. Não recebe benefícios, Adoeceu aos 14 anos quando começou a "ouvir vozes" e "ver pessoas mortas". Acompanhada no CAPS, com diagnóstico de F22.0.

Entrevistada 32 (E32) – 40 anos, solteira, teve 11 filhos (cinco vivos). Possui família, mora com o irmão, cunhada e outras famílias, além do companheiro, em uma casa cedida pela Prefeitura Municipal. Não sabe o paradeiro de nenhum dos filhos, com exceção de um que ela diz morar por perto. Não trabalha, não tem benefícios, vive as custas do irmão, da caridade de populares e do apoio que recebe do CAPS. Diagnóstico: F09 + F10.2.

Entrevistada 33 (E33) – Mulher, 46 anos, casada, tem cinco filhos e mora com o marido e a filha mais nova. Não trabalha, recebe benefício que está para terminar sua validade. Seu marido a agredia verbal e fisicamente, e por causa disso, passou mal, tendo crises nervosas, tremendo muito, perdeu a fala e ficava se debatendo. Atualmente está em acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: transtorno depressivo não especificado.

Entrevistado 34 (E34) – Homem, 57 anos, desquitado, ensino fundamental incompleto, tem três filhos (duas mulheres e um homem), mas perdeu contato com os mesmos. Trabalhava como marceneiro e eletricista, mas hoje é aposentado do INSS e vive em residência terapêutica com outros egressos de Hospital Colônia. Possui história de cinco internações por questão do alcoolismo e ficou internado por seis anos da última vez. Acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: F07.9 + F10.2.

Entrevistado 35 (E35) – Homem, 64 anos, solteiro, mora sozinho em casa alugada. Parece ter sido abandonado pela família no hospital colônia durante 28 anos, não trabalha, é aposentado e tem benefício social. Encontra-se estável e em acompanhamento no CAPS. Diagnosticado em esquizofrenia residual (F20.5).

Entrevistado 36 (E36) – Homem, 72 anos, viúvo, três filhos, foi lavrador, é aposentado e recebe outro benefício social. Ficou internado por 24 anos no hospital colônia, mora sozinho em residência alugada, está em acompanhamento no CAPS. Diagnosticado em F23.3.

Entrevistado 37 (E37) – Homem, 70 anos, solteiro, mora em Residência Terapêutica com outros egressos do hospital colônia, vive de aposentadoria e benefício social. Viveu no hospital colônia 29 anos e só teve relações sexuais com outros internos e sente remorsos por isso. Atualmente está estável, em acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: F23.3 + F10.

Entrevistado 38 (E38) – Homem, 45 anos, solteiro, não trabalha, vive de benefícios, mora em residência terapêutica com outros egressos do hospital colônia, tendo ficado hospitalizado durante vários anos. Da última vez, ficou nove anos, por uso abusivo de bebida alcoólica, 'heteroagressividade', alteração importante de humor e idéias de perseguição. Atualmente está estável em acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: F30.2.

Entrevistado 39 (E39) – Homem, 52 anos, solteiro, não trabalha, vive de benefícios sociais, com aposentadoria há um mês, mora em residência terapêutica com outros egressos do hospital colônia. Teve relações sexuais durante as hospitalizações e sofreu violência sexual. Quadro clínico estável, em acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: F71.1.

ANEXO B

EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO DAS SEQUÊNCIAS DA ENTREVISTA

As seqüências correspondem à ordem de aparecimento nas falas: S1, S2, S3... Para a reconstrução estrutural os números são mantidos.

Exemplo da análise da entrevista E36

S1 – Situação social

- Hoje é dia 6 de julho – Caps Carmo – Cidade do Carmo, Rio de Janeiro. Sr. Quinzinho, fala uma coisa pra mim. Quantos anos o senhor tem?

- Anos?

- É. Qual a sua idade?

- 72 anos.

- Atualmente, o senhor é casado, solteiro...?

- Viúvo. Há 12 anos.

- E o senhor vive sozinho, sem companhia?

- Vivo sozinho e Deus, sem companhia, sem ninguém.

- Qual a sua profissão? O senhor tinha uma profissão?

- Trabalhava na roça, na lavoura.

- O senhor mora onde?

- Eu moro aqui embaixo.

- O senhor sabe o nome da rua?

- O nome da rua eu não sei não, sei o número da casa. É 769.

S2 – Sobre os filhos

- O senhor tem filhos?

- Tenho três. Mas estão todos pra fora.

- Quantos meninos e quantas meninas?

- Tem dois meninos e uma menina. Era duas meninas, mas Deus tirou uma pra Ele e deixou uma pra mim.

- E o senhor tem contato com eles?

- Com o que mora lá, tenho, que ele vem diariamente cá em casa. É difícil ele passar 2, 3 dias sem ir lá. Agora com os outros não, com os outros é mais difícil porque pra lá não tem condução.

S3 – Trabalho

- O senhor atualmente não trabalha não, né Sr. Quinzinho?

- Não senhora. Eu sou aposentado.

- O senhor parou de trabalhar há quanto tempo?

- Ah. Só na Colônia eu estive 23 anos, né?

MODELOS DE INTERVENÇÃO: UMA ALTERNATIVA DE PREVENÇÃO ÀS IST/HIV PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS – PROJETO PRISSMA

Milton L. Wainberg¹ ; Cristiane B. Borges²; Dusty Reagin³; Diana Pinto⁴;
Cláudio Gruber Mann⁵, Projeto PRISSMA

Estudos brasileiros e internacionais têm indicado um risco desproporcional para a infecção do HIV entre portadores de transtorno mental grave (TMG) (ALMEIDA; PEDROSO, 2004; MCKINNON et al, 2005; THARYAN et al, 2003). Paralelamente, há evidências científicas que indicam taxas preocupantes de comportamentos de risco relacionados ao HIV nessa população (MEADE; SIKKEMA, 2005).

Para contemplar esses resultados, oito intervenções para prevenção das IST/HIV, especialmente criadas para pacientes psiquiátricos, foram desenvolvidas e consideradas eficazes, com bons resultados (BERKMAN et al, 2006; CAREY et al, 2004; JOHNSON-MASOTTI et al, 2003). Nenhum desses estudos, contudo, foi realizado no Brasil; todas as pesquisas de intervenção para prevenção ocorreram nos EUA. O Projeto PRISSMA (Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e Aids) é um estudo colaborativo entre os Estados Unidos e o Brasil, financiado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), que teve seu início em 2002. Os objetivos dos quatro primeiros anos dessa pesquisa participativa, de base comunitária, foram: adaptar, refinar e desenvolver um estudo piloto de uma intervenção para a prevenção do HIV entre homens e mulheres com TMG no Brasil, a ser provida pelos serviços de saúde mental. Está focada na capacitação dos profissionais de saúde mental na prevenção do HIV entre os pacientes com TMG sob seu cuidado, ajudando-os a reduzir seus comportamentos de risco.

Este capítulo resume os achados dos estudos clínicos de intervenções para a prevenção do HIV e descreve como o Projeto PRISSMA desenvolveu o estudo-piloto dessa intervenção para a prevenção do HIV em pacientes adultos com TMG, "HIV, tô de olho em você", que foi recentemente adaptada e desenvolvida para essa população no Brasil.

¹ HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, New York, USA

² HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, New York, USA

³ HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, New York, USA

⁴ UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

⁵ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ

MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES EFICAZES PARA A REDUÇÃO DE RISCO PARA O HIV EM PORTADORES DE TMG

Todas as intervenções para redução de risco para o HIV avaliadas entre portadores de TMG oferecem orientação sobre o risco, fortalecem atitudes, intenções e prontidão para mudanças. Ensinam também, por meio do estabelecimento de modelos e troca de papéis, habilidades para a redução de comportamentos de risco, tais como o uso da camisinha, assertividade sexual e negociação de práticas sexuais mais seguras. A resolução de problemas, como lidar com fatores que precipitam o sexo de alto risco (incluindo aqueles nos quais o uso de álcool e outras drogas exercem papel considerável) e o reforço de esforços para mudanças de comportamento também estão presentes. O foco de cada objetivo alvo é o comportamento sexual e não o uso de drogas injetáveis ou comportamentos similares. Em geral, essas intervenções resultam de duas fontes primárias. Uma é a literatura sobre o treinamento em habilidades sociais e reabilitação com portadores de TMG (WAINBERG et al, 2007a). A outra é a literatura em modelos testáveis de redução de risco, incluindo o modelo baseado na crença e atitude do indivíduo, entendendo que ele tomará decisões para melhorar sua saúde (*Health Belief Model*), a Teoria de Aprendizagem Sociocognitiva, o Modelo de Habilidades Informacionais, Motivacionais e Comportamentais e a Teoria da Ação Racional (*Theory of Reasoned Action*) (WAINBERG et al, 2007a). Existem, de fato, muitas semelhanças entre a reabilitação psicossocial, que é comumente utilizada com portadores de TMG, e os modelos de redução de risco sexual. Além disso, as oito intervenções atendem aos critérios consensualmente estabelecidos por teóricos conceituados em mudança de comportamento de risco, que enfatiza que, para haver modificação de comportamento, é necessário haver: 1) uma forte determinação positiva; 2) habilidades necessárias para sustentar o comportamento; 3) um ambiente livre de restrições de forma a que o comportamento possa acontecer. A mudança de comportamento de risco também é afetada pela auto-eficácia, ou a convicção individual de que ele ou ela pode ter um determinado comportamento, e é percebida como influenciando a força e a direção da intenção de mudança (Tabela 1).

Susser et al (1996) adaptou uma intervenção para a redução de risco sexual para as vidas e circunstâncias de doentes mentais do sexo masculino vivendo em um abrigo municipal de Nova Iorque (n=97), um subgrupo de pessoas com alto grau de comprometimento e de difícil acesso (SUSSEY et al, 1996). Nessa intervenção de 15 sessões, "Sexo, jogos e vídeotapes", realizada em grupos pequenos, o grupo experimental mostrou uma redução significativa três vezes maior na redução do comportamento sexual de risco durante o período inicial de seguimento de seis meses. Durante o restante do período de seguimento de 18 meses, diferenças marcantes persistiram, apesar da tendência para a diminuição do efeito. Baseado nos resultados desse estudo, Berkman

et al (2006) relataram a eficácia de uma versão mais curta da mesma intervenção (seis sessões em pequenos grupos) em um estudo clínico randomizado para 92 homens com TMG, em um ambulatório também em Nova Iorque. Também baseado no trabalho de Susser, Collins et al (2001) desenvolveram um estudo piloto de uma intervenção comportamental de 10 sessões para pequenos grupos para a redução do risco para HIV com 35 mulheres com TMG. As participantes no grupo experimental relataram uma atitude significativa mais positiva para o uso de camisinhas femininas ($t = -2.12, p < .05$), no período de seguimento de seis meses.

Otto-Salaj (2001) avaliou a eficácia de uma intervenção para a redução de risco do HIV para pequenos grupos de pacientes psiquiátricos ambulatoriais de ambos os gêneros, constituída de sete sessões, ($n=159$) o que permitiu avaliar suas vulnerabilidade pessoais para o risco do HIV, fortalecer as atitudes de mudança de comportamento, planejar e pôr em prática habilidades necessárias para a redução do risco para o HIV, e receber reforço para os esforços de mudança de comportamento. Os participantes da intervenção aumentaram o uso de camisinha, tiveram um percentual mais alto de ocasiões de sexo protegido e tiveram atitudes mais positivas com relação a camisinhas do que os participantes do grupo de intervenção controle com igual tempo de exposição. As mulheres mostraram uma resposta maior à intervenção do que os homens.

Kelly (1997) relatou um estudo randomizado para a redução de risco sexual composto de três braços ($n=104$), comparando com um grupo-controle, um grupo de redução pessoal de risco e um de educação pelos pares. Aqueles que estavam no grupo de educação pelos pares mostraram uma redução maior nos comportamentos de risco, na avaliação de seguimento de três meses. Kalichman (1995) desenvolveu uma intervenção para a redução de risco pessoal para homens e mulheres com TMG que freqüentavam um serviço ambulatorial de saúde mental. Os participantes ($n=104$) distribuídos randomicamente para o grupo da intervenção experimental (quatro sessões) mostraram diminuição do sexo desprotegido um mês após a intervenção, em comparação a um grupo-controle obtida de uma lista de espera.

Carey et al (2004) compararam os comportamentos sexuais de risco de 408 pacientes ambulatoriais depois de completarem 10 sessões, conduzidas duas vezes por semana, também utilizando um estudo de três braços: uma intervenção em grupo para a redução do risco para o HIV; uma intervenção para a redução do uso de substância, ou o tratamento padrão de rotina. Aqueles que freqüentaram a intervenção para o HIV mostraram diminuição do sexo desprotegido, do número de parceiros casuais e um aumento nas conversas sobre sexo mais seguro. Além disso, aqueles que freqüentaram a intervenção para o uso de substâncias também mostraram uma diminuição de parceiros sexuais, assim como um aumento nas atitudes e intenções positivas relativas à camisinha. Finalmente, Weinhardt et al (1998) examinaram se o treinamento de 20 mulheres vivendo com transtorno mental grave para serem assertivas em situações

sexuais diminuiria o risco para a infecção por HIV. Comparadas ao controle da lista de espera, as mulheres no grupo da intervenção, que consistia de 10 sessões em grupos pequenos, aumentaram sua habilidade para assertividade, o conhecimento sobre o HIV e a frequência de atos sexuais protegidos.

Em todos os oito estudos randomizados com 967 pacientes psiquiátricos ambulatoriais americanos, os grupos de intervenção demonstraram aumento de conhecimentos sobre o HIV/aids, intenções fortalecidas para a mudança de comportamento de alto risco e maior frequência de uso de camisinha comparado a grupos-controle, bem como uma diminuição do número de parceiros sexuais e ocasiões de sexo desprotegido. Essas mudanças de comportamento foram evidentes até 18 meses após a intervenção em um estudo, com mudanças mais significativas sustentadas por um período de um a seis meses após a intervenção. Enquanto intervenções com efeitos mais duradouros são necessárias, esses estudos reduziram os comportamentos de risco de pacientes com transtorno mental grave. Contudo, não se sabe se essas intervenções eficazes, algumas disponíveis desde 1985, estão sendo utilizadas em serviços psiquiátricos. Os dados disponíveis sugerem uma limitada implementação de intervenções baseadas em evidências para a prevenção de HIV em serviços públicos (FENTON; VALDISERRI, 2006; SATRIANO; MCKINNON; ADOFF, 2007).

Em face da semelhança de comportamentos relacionados ao HIV em todo o mundo, parece razoável propor que as intervenções existentes para pacientes psiquiátricos devam ser usadas mais amplamente. A adaptação de intervenções americanas eficazes para o contexto cultural local no qual os comportamentos de risco para o HIV ocorrem e no qual os fatores de proteção são desenvolvidos é ao mesmo tempo viável e econômico.

O DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO HIV PARA PACIENTES COM TMG NO BRASIL

Essas oito intervenções tiveram sua eficácia comprovada em auxiliar pacientes psiquiátricos a reduzir seus riscos para o HIV (BERKMAN et al, 2006; CAREY et al, 2004; COLLINS et al, 2001; KALICHMAN et al, 1995; KELLY, 1997; OTTO-SALAJ et al, 2001; SUSSER et al, 1996; WEINHARDT et al, 1998). Contudo, cada uma delas objetivou grupos de pacientes com diferentes diagnósticos e, apesar da fundamentação teórica semelhante, suas implementações diferiram em temas de composição de gênero, número de sessões, duração, conteúdo, e estratégias na transmissão do conteúdo. Já que não havia apenas uma única intervenção para a prevenção do HIV que pudesse ser adaptada para pacientes brasileiros com TMG, o processo de adaptação da intervenção do PRISMA envolveu a integração de intervenções eficazes já existentes, determinando sua propriedade para as necessidades dessa população e promovendo modificações que atendessem a fatores locais.

As equipes brasileira e americana de pesquisa criaram um processo que permitiu a manutenção da maioria dos pontos fortes dessas intervenções. Ao mesmo tempo calcou-se na experiência dos profissionais de saúde mental e dos pacientes locais para desenvolver uma intervenção voltada para a situação específica de portadores de TMG no Brasil. Essa orientação obedece às recomendações consensuais de pesquisa que enfatizam a necessidade de modificar intervenções para a prevenção do HIV, testadas para atender às necessidades desses portadores de TMG (Figura 1).

O PRISSMA conduziu essa pesquisa participativa com provedores locais, líderes comunitários, representantes de usuários e pacientes, utilizando um processo de adaptação de intervenção criado para equilibrar a fidedignidade às intervenções com demonstrada eficácia desenvolvidas em outros lugares com a adequação a um novo contexto e a uma nova cultura. Um comitê comunitário assessor para a pesquisa (CCAP), que incluiu todos os grupos descritos acima, reuniu-se quadrimestralmente para acompanhar o projeto e propor recomendações. O processo de adaptação dessas intervenções foi constituído de quatro etapas: (1) otimização da fidedignidade; (2) otimização da adequação; (3) equilíbrio entre fidedignidade e adequação; (4) testagem do piloto e refinamento da intervenção. Essas etapas foram realizadas para produzir uma intervenção brasileira para a prevenção do HIV para portadores de TMG. As quatro etapas necessárias foram estabelecidas após extensa revisão de pesquisas em adaptação de intervenções, revisões interdisciplinares por pares, e a observação dos princípios de pesquisas participativas (WAINBERG et al, 2007a).

O PRISSMA conduziu estudos formativos com profissionais brasileiros de saúde mental e usuários dos serviços de saúde mental em dois hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. Observações etnográficas, entrevistas em profundidade e grupos focais com informantes-chave (profissionais de saúde mental, pacientes ambulatoriais de ambos os gêneros) foram usados para ajustar as intervenções, com demonstrada eficácia para as necessidades da população com TMG no Brasil (WAINBERG et al, 2007b). A intervenção refinada foi avaliada em estudo piloto com homens e mulheres com TMG, utilizando instrumentos psiquiátricos e medidas processuais após cada uma das sessões da intervenção, bem como a avaliação de comportamento de risco na entrevista de base e após três meses. Para o grupo controle, foi utilizada uma intervenção sobre saúde geral, "*Vida Saudável*", que foi adaptada de modo semelhante e implementada em um grupo de pacientes ambulatoriais. Esse grupo foi avaliado posteriormente utilizando-se os mesmos instrumentos. Os resultados foram divulgados em periódicos científicos e apresentações em duas conferências no Rio de Janeiro para profissionais de saúde mental, pesquisadores e formadores de políticas em Saúde Mental, incluindo representantes do Município do Rio de Janeiro e do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Esse projeto piloto consolidou as bases para o desenvolvimento de um estudo clínico da intervenção adaptada que está em curso atualmente no Rio de Janeiro.

O estudo formativo foi conduzido com pacientes com TMG do Instituto Philippe Pinel, e profissionais de saúde mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e do Pinel para informar a adaptação das intervenções americanas, a escolha dos instrumentos e o piloto da intervenção. A amostra incluiu pacientes internados nas enfermarias, pacientes ambulatoriais e do hospital-dia e diferentes hierarquias das equipes de profissionais de saúde mental. O estudo formativo de nove meses incluiu: 1) 110 observações etnográficas (OE=350 horas); 2) nove grupos focais (seis grupos com pacientes com TMG de ambos os gêneros (n=45) e três grupos de profissionais de saúde mental de diferentes funções administrativas e clínicas (n=27); e, 3) 18 entrevistas em profundidade com informantes-chave (12 com pacientes de ambos os gêneros e seis com profissionais de saúde mental). Essa etnografia proveu-nos com as informações necessárias para a adaptação cultural de intervenções americanas para a prevenção de HIV para pacientes com TMG. Uma abordagem sistemática de triangulação de resultados das três fontes de dados etnográficos permitiu-nos caracterizar a cultura institucional, na qual pacientes e profissionais estão inseridos, bem como definir o contexto no qual a intervenção iria ocorrer. A etnografia forneceu informações nos seguintes campos: (a) comportamentos sexuais de risco dos portadores de TMG e o efeito do estigma relacionado à doença mental; (b) o contexto institucional incluindo as políticas e as visões dos profissionais de saúde mental relativas aos comportamentos sexuais dos usuários com TMG e as necessidades de treinamento dos profissionais de saúde mental sobre prevenção do HIV; (c) conteúdo da intervenção, incluindo a importância de destacar a “responsabilidade social” dos pacientes em relação a outros na comunidade; e (d) o formato da intervenção, incluindo a importância da facilitação e a co-facilitação dos grupos por profissionais de saúde mental (WAINBERG et al, 2007b).

Uma equipe de 20 profissionais de saúde mental locais de ambos os gêneros, representando todas as áreas de conhecimento (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, arteterapeutas, musicoterapeutas), envolvidas na assistência aos portadores de transtorno mental no IPUB, no Pinel e nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foi recrutada para compor o grupo de trabalho para o desenvolvimento da intervenção. Esse grupo foi, então, treinado em epidemiologia e transmissão do HIV/aids, infecção e vulnerabilidade em portadores de TMG, avaliação e comportamento de risco e intervenções para a diminuição do risco, entre outros tópicos, e os resultados da fase etnográfica de nosso estudo. A adaptação, o desenvolvimento e o refinamento da intervenção foram realizados com uma série de grupos de trabalho em adaptação de intervenções com membros liderados pela equipe de pesquisa do projeto. As adaptações incorporaram os valores locais, fomentando formas de interação democráticas e cooperativas entre os participantes por meio de diálogos que promovem o auto-empoderamento, estimulam o pensamento crítico e destacam a responsabilidade social. O conteúdo foi introduzido na intervenção brasileira por meio de exercícios de

comunicação assertiva e trocas de papéis de pacientes com familiares e profissionais de saúde mental. As seções informativas da intervenção abordaram o impacto de crenças culturais no risco sexual. As modificações nas estratégias de facilitação incluíram atividades interativas e expressivas (música, por exemplo), juntamente com adaptações para contemplar questões relativas ao analfabetismo (WAINBERG et al, 2007a).

Nessa fase, cinco componentes centrais comuns em todas as intervenções consideradas eficazes foram identificados: 1) oferecimento de informação sobre risco; 2) aumento da consciência de atitudes, intenções e prontidão para mudança; 3) aquisição e treino de habilidades comportamentais para a redução de risco sexual; 4) resolução de problemas para lidar com gatilhos para o risco sexual; 5) reforço de mudanças de comportamento entre as sessões da intervenção. Todas as oito intervenções evidenciaram aumento do conhecimento de HIV, enquanto a maioria mostrou aumentos de atitudes relativas ao uso da camisinha, normas a favor do uso do preservativo, intenções para mudar comportamentos de risco, aumento de auto-eficácia no uso da camisinha e diminuição de comportamento de risco dos primeiros três aos seis meses depois da intervenção. Apesar das evidências de mudanças de comportamento de curto prazo, apenas dois estudos investigaram os efeitos a longo prazo, e ambos mostraram capacidades limitadas para a manutenção das mudanças ao longo do tempo. Tomados em conjunto, esses resultados sugerem que são necessárias “sessões de reforço” para manter a mudança de comportamentos após seis meses e devem ser uma parte integrante do cuidado padrão para esses indivíduos. O PRISSMA incorporou sessões de reforço seis meses após a intervenção, período no qual estudos anteriores mostraram declínio nos efeitos das intervenções e planejou avaliar a manutenção da mudança de comportamento após doze meses.

DESENHO DO ESTUDO PILOTO

O estudo original exigia o recrutamento de 100 participantes com TMG nos 10 grupos de intervenção e 20 participantes com TMG, nos dois grupos de intervenção conduzidos em serviços distintos (WAINBERG et al, 2008). Todos os participantes deveriam submeter-se a avaliações de base, uma semana e três meses após a intervenção. Procedemos às seguintes modificações e complementos, de forma a responder aos nossos colaboradores brasileiros e melhor nos situarmos em face do futuro Estudo Clínico Randomizado (ECR), agora em andamento. Inicialmente, no nosso estudo formativo, os profissionais de saúde mental solicitaram que o critério de inclusão fosse estendido para incluir portadores de TMG que não fossem sexualmente ativos nos últimos três meses. A preocupação dos profissionais era de que os pacientes pudessem se tornar sexualmente ativos sem se beneficiarem da aprendizagem de como se manter seguros. Concordamos com a inclusão de todos os pacientes com TMG na intervenção e nas avaliações de

comportamento de risco, pois não havia dados sobre comportamento de risco no Brasil que contemplassem essas preocupações. Em segundo lugar, como preparação para o ECR, optamos por explorar a viabilidade de (1) randomizar as condições experimentais e o controle em um mesmo serviço e (2) estabelecer e manter a eficácia de longa duração, incluindo sessões de reforço e ampliando o período de avaliação de seguimento, além dos três meses como fora originalmente proposto. Assim, randomizamos uma subamostra (n=38) de participantes para ambos os grupos, experimental e controle, pilotamos três sessões de reforço seis meses após a intervenção com um dos grupos controle e estendemos os seguimentos desses participantes das sessões de reforço para avaliações de seis e nove meses após a intervenção. E, finalmente, profissionais de saúde mental e CCAP levantaram uma preocupação ética, apontando para a necessidade de oferecer a intervenção para o HIV para participantes que haviam completado a intervenção controle. Assim, 11 participantes desta também completaram a intervenção para o HIV. Apenas os dados desses participantes são apresentados abaixo. Conseqüentemente, esses novos participantes foram alvo de alocação de recurso e de tempo; essas 11 vagas não foram disponibilizadas para recrutamento de novos participantes. Um total de 102 participantes completou a pesquisa.

Tanto o estudo piloto como o ECR receberam aprovação de todos os Comitês de Ética, em ambos os países, de todas as instituições envolvidas, incluindo a CONEP.

PARTICIPANTES

Dos 221 pacientes (110 mulheres/111 homens) recrutados, 139 (63%) com interesse e capacidade de participar, assinaram termo de consentimento, dentre os quais os 102 que possuíam critério de elegibilidade. A taxa de recusa foi de 12,7% (n=28). Quatro participantes foram excluídos, pois suas respostas foram classificadas pelos entrevistadores como não confiáveis. A amostra total (n=98) foi composta por 49,0% homens e 51,0% mulheres. A categoria étnica/racial autodescrita foi 45,9% de brancos, 37,8% de multirraciais, e 16,3% de negros. A média de idade dos participantes foi de 41,8 anos (18-70 anos, DP±11.1). A maioria da amostra (72,5%) era de solteiros; 13,3% relataram ser casados ou estar em relacionamento estável, e 14,3% eram separados, divorciados ou viúvos. Metade dos participantes (50,0%) tinha diagnóstico de esquizofrenia; 27,6% tinham diagnóstico de transtorno bipolar; 10,2% de depressão maior, com transtorno psicótico; 4,1% de transtorno esquizoafetivo; 8,2% dos participantes tinham diagnóstico de psicose não-especificada; 11,2% tinham co-morbidade atual de uso de drogas. Daqueles com diagnóstico de uso de drogas, abuso/dependência de droga específica, seis (54,4%) relataram uso de maconha, dois (18,2%) de álcool, dois (18,2%) de sedativos, e um (9%) de cocaína. Nenhum participante relatou uso de drogas injetáveis (UDI) nos últimos três meses. Aproximadamente

dois-terços da amostra (38,8%) completaram o ensino fundamental, 40,8% o ensino secundário, 9,2% completaram curso universitário, enquanto 11,2% não completaram ou freqüentaram o ensino fundamental.

Um total de 41,8% da amostra relatou ter praticado sexo anal ou vaginal nos últimos três meses. Os sexualmente ativos eram mais jovens, casados ou estavam em um relacionamento estável; tinham co-morbidade com o uso de drogas, uma média de conhecimento de HIV mais alta e história de testagem para HIV. Parceiros do mesmo sexo foram relatados por 10,4% dos homens e 2,0% das mulheres. Um participante sexualmente ativo relatou ser HIV positivo. Não houve diferenças nas atividades sexuais por gênero ou diagnóstico. Quase metade (43,9%) dos que tiveram anal ou vaginal relataram não ter feito uso de preservativo, nos últimos três meses e 34,2% relataram seu uso inconsistente; somente nove participantes (22,0%) relataram uso de preservativo em todas as relações. Mais da metade (53,0%) relatou ter parceiros cujos status para o HIV eram desconhecidos e 26,8% relatou ter mais de um parceiro (variando entre 2-12). Quase dois-terços (39,0%) relatou uso de álcool e drogas antecedendo o ato sexual e 19,5% (todos homens) relataram sexo por troca, sendo a maioria dessas atividades relacionadas a sexo em troca de dinheiro. Os comportamentos de risco dos participantes sexualmente ativos variaram entre 0-6, com 56,1% envolvidos em três ou mais. Somente 4,9% relatara, não ter comportamento de risco.

Como descrito acima, uma sub-amostra desse grupo de 102 pacientes foi randomizada: 18 em um grupo experimental e 20 em um grupo controle. Os demais componentes da amostra (n=64), somados àqueles randomizados para o grupo experimental (n=18), participaram de uma intervenção de HIV (n=82). A participação no estudo não foi remunerada, de acordo com as normas brasileiras para pesquisa; vales-transporte e lanches foram oferecidos aos participantes.

RESULTADOS

Como proposto originalmente, o objetivo do nosso estudo piloto não foi testar a eficácia, mas sim a viabilidade de conduzir uma intervenção. Ele foi elaborado para investigar se as mudanças na freqüência de relações sexuais sem proteção desde a entrevista de base até as entrevistas de seguimento foram significativas e na direção desejada; e não para mensurar o efeito. Apresentamos, também, dados sobre aceitação e freqüência à intervenção e dados sobre a viabilidade do reforço.

DADOS PRIMÁRIOS

O tamanho da amostra não foi determinado com base no poder para identificar diferenças ou para permitir comparações estatísticas entre as condições de intervenção

e de controle, já que o objetivo do nosso estudo piloto não foi testar a eficácia da intervenção. Conseqüentemente, apresentamos os dados comparando mudanças no comportamento sexual de risco intragrupos.

Na entrevista de base, a média de conhecimento de HIV de toda a amostra foi 10,3 (DP±3,3), correto para 17, ou 60,2%, variando de 1-16. Após o término da intervenção, na avaliação de seguimento de três meses, a média foi 13,1 (DP±3,1). Para os 18 participantes do grupo experimental, a média de conhecimento de HIV foi 10,8 (DP±3,3), correto para 17 ou 63,5%, na entrevista de base. Essa média aumentou para 11,9 (DP±3,6), após os três meses de seguimento.

Para toda a amostra, a média do número de relações sexuais sem preservativo foi de 15,3 (DP±21,9) na entrevista de base. Na entrevista de seguimento de três meses, essa média havia diminuído para 11,2 (DP±21,8). No grupo experimental, a média do número de relações sexuais sem preservativo relatadas na entrevista de base foi de 10,3 (DP±25,4), com um aumento para 15,0 (DP±27,4) para os 16 participantes que permaneceram até a entrevista de seguimento de três meses.

Além disso, a média de pontuação no BPRS para a amostra total foi 35,8 (DP±9,8) na entrevista de base. A média na entrevista de seguimento de três meses foi 30,9 (DP±10,7).

ACEITAÇÃO E FREQUÊNCIA À INTERVENÇÃO

Mais de dois-terços da amostra (67,7%) freqüentou cinco ou mais das oito seções da intervenção, dado que se mostra consistente com estudos anteriores com essa população. Dos participantes que freqüentaram as seções, 93,0% relataram estar muito satisfeitos com a intervenção, 95,3% disseram que recomendariam a intervenção a um amigo e 91,9% atestaram que participariam da intervenção novamente. É importante ressaltar que até o momento não há relato de nenhum efeito adverso relacionado ao estudo, nem aumento de atividade sexual por causa da participação no estudo. O controle de qualidade foi realizado por um consultor independente numa freqüência de uma para cada seis seções realizadas. O envolvimento e a competência dos facilitadores foram classificados como muito bom ou bom em todas as seções revistas.

IMPORTÂNCIA

Fomos capazes de avançar vários passos na criação de uma intervenção necessária de prevenção de HIV especialmente voltada para pessoas com TMG no Brasil:

- I. Infraestrutura: estabelecemos parcerias com um grupo internacional de pesquisadores e fomentamos uma participação comunitária.
- II. Intervenção brasileira de prevenção do HIV para uma população de adultos com TMG: adaptamos e desenvolvemos uma intervenção de prevenção

para o HIV que equilibra as necessidades locais e culturais de pessoas com TMG no Brasil e a fidedignidade ao modelo teórico e aos princípios de intervenções eficazes para a prevenção de HIV.

- III. Dados sobre comportamento de risco local: nosso trabalho expandiu o conhecimento sobre as taxas de comportamento de risco dessa população no Brasil, mostrando que portadores de TMG no Brasil que são sexualmente ativos possuem alto risco.
- IV. Dados do estudo piloto sobre redução do risco sexual pela Intervenção: com a intervenção, a qual foi bem tolerada e aceita pelos participantes, mostramos o potencial em facilitar a redução em curto tempo do risco sexual entre TMG.
- V. Viabilidade em conduzir um ECR: demonstramos viabilidade em recrutar, manter e reter participantes na intervenção e nas seções de reforço e na condução das avaliações e entrevistas de seguimento.
- VI. Grupo de gerenciamento dos dados: estabelecemos um grupo dedicado ao gerenciamento dos dados e criamos procedimentos que nos permitiram gerenciar um complexo banco de dados nos dois países.

Parcerias com a comunidade local tem sido um princípio norteador do nosso trabalho. O ECR, patrocinado pelo NIMH, em andamento no Município do Rio de Janeiro, é resultado das parcerias que estabelecemos com o IPUB/UFRJ, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, o Instituto Philippe Pinel, Profissionais dos CAPS do município, pesquisadores e outras Instituições Municipais e Estaduais de Atenção a Saúde Mental, como o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ). Continuamos construindo novas parcerias com a inclusão de novos membros no CCAP e objetivamos continuar ampliando nossas perspectivas de trabalho.

CONCLUSÕES

Poucos ambulatórios de serviços de Saúde Mental possuem serviços de redução de risco, apesar da disponibilidade de intervenções eficazes e de há mais de uma década pesquisas de comportamento e epidemiologia em HIV mostrarem que pacientes psiquiátricos (a) possuem um risco desproporcional, mas (b) estão dispostos a conversar sobre seus comportamentos sexuais e o uso de drogas e o fazem de forma confiável, (c) podem se beneficiar de trabalhos focados em prevenção; e (d) não sofrem nenhum evento adverso por participarem em atividades sobre prevenção de HIV/AIDS. O custo muito alto pode ser uma das razões alegadas mais comuns para que intervenções de prevenção do HIV não sejam oferecidas para pacientes psiquiátricos. Entretanto, as estimativas de despesas anuais de tratamento com portadores de TMG e HIV/aids, quando comparadas com os gastos do tratamento de portadores de HIV/aids apenas, são aproximadamente o

dobro. E os gastos com aquelas é praticamente o triplo quando comparado às despesas anuais com portadores de TMG somente. Assim, integrar a prevenção de HIV ao tratamento na comunidade já existente na saúde mental para pessoas com TMG, os quais possuem risco de contrair a infecção, pode provar ser uma estratégia custo-efetiva.

O projeto PRISSMA nasceu da colaboração de um grupo interdisciplinar de profissionais americanos e brasileiros dedicados a melhorar a vida de pessoas portadoras de TMG. Acreditamos que a intervenção brasileira “HIV, tô de olho em você” pode aumentar a capacidade dos profissionais de saúde mental no Brasil de oferecer, aos seus pacientes, uma nova intervenção para a prevenção do HIV desenvolvida, especificamente para aqueles, adaptada para a cultura local e viável de ser aplicada. O ECR, atualmente em andamento na cidade do Rio de Janeiro, tem como objetivo testar a eficácia dessa intervenção. Nossa meta é termos um n=448 de pacientes psiquiátricos sexualmente ativos e seguirmos esses pacientes por 12 meses após o término da intervenção, comparando o comportamento de risco relatado na entrevista de base e na entrevista de seguimento de 12 meses. Uma vez provada sua eficácia, nossa esperança é que a intervenção seja disseminada e incorporada aos serviços de saúde mental. Acima de tudo, acreditamos que esse processo possa servir como um modelo para a adaptação de intervenções eficazes existentes para novos grupos e culturas, seja em nível local, nacional ou internacional.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as contribuições dadas ao PRISSMA pelos usuários e profissionais do IPUB e Pinel. E aos membros da equipe brasileira que contribuíram para a criação da intervenção: Carlos Linhares Filho, Cláudia Simone Oliveira, Denise Feijó, Fernanda Luz, Suely Broxado e Tatiana Dutra. Financiado pelo *National Institute of Mental Health (NIMH)* pelo Grant (R01 MH65163) e pelo *Center Grant do NIMH/HIV Center for Clinical and Behavioral Studies at NY State Psychiatric Institute and Columbia University* (P30-MH43520).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R; PEDROSO, E. Vulnerabilidade e exposição a marcadores sorológicos dos vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C, vírus linfotrópico de células t humanas e sífilis em pacientes psiquiátricos internados em hospital público. *Revista Médica de Minas Gerais*, [S.l.], v. 14, p. 244-250, 2004.
- BERKMAN, A. et al. A randomized trial of a brief HIV risk reduction intervention for men with severe mental illness. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 57, p. 407-409, 2006.
- CAREY, M. P. et al. Reducing HIV-risk behavior among adults receiving outpatient psychiatric treatment: results from a randomized controlled trial. *J. Consult Clin. Psychol.*, [S.l.], v. 72, n. 2, p. 252-268, Apr. 2004.

COLLINS, P. Y. et al. Ourselves, our bodies, our realities: An HIV preventive intervention for women with mental illness. *Journal of Urban Health*, [S.l.], v. 78, p. 162-175, 2001.

FENTON, K. A.; VALDISERRI, R. O. Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, [S.l.], v. 55, p. 585-589, 2006.

JOHNSON-MASOTTI, A. P. et al. Efficacy and cost-effectiveness of the first generation of HIV prevention interventions for people with severe and persistent mental illness. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, [S.l.], v. 6, p. 23-35, 2003.

KALICHMAN, S. C. et al. Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among chronic mentally ill adults. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 46, p. 275-280, 1995.

KELLY, J. A. HIV risk reduction intervention for persons with serious mental illness. *Clinical Psychology Review*, [S.l.], v. 17, p. 293-310, 1997.

MCKINNON, K. et al. HIV and people with serious and persistent mental illness. In: CITRON, K.; BROUILLETTE, M. J.; BECKETT, A. (Ed.). *HIV & Psychiatry: A Training and Resource Manual*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 138-152.

MEADE, C. S.; SIKKEMA, K. J. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, [S.l.], v. 25, p. 433-457, 2005.

OTTO-SALAJ, L. L. et al. Outcomes of a randomized small-group HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, [S.l.], v. 37, p. 123-144, 2001.

SATRIANO, J.; MCKINNON, K.; ADOFF, S. HIV service provision for people with severe mental illness in outpatient mental health care settings in New York. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, [S.l.], v. 33, p. 95-108, 2007.

SUSSER, E. et al. Interventions for homeless men and women with mental illness: reducing sexual risk behaviors for HIV. *Int. J. of STD and AIDS*, [S.l.], v. 7, p. 75-79, 1996. Suplemento 2.

THARYAN, P. et al. Prevalence of HIV infection in psychiatric patients attending a general hospital in Tamil Nadu, south India. *AIDS Care*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 197-205, Apr. 2003.

WAINBERG, M. L. et al. *A model for adapting evidence-based behavioral interventions to a new culture: HIV prevention for psychiatric patients in Rio de Janeiro, Brazil*. AIDS and Behavior. 2007a. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=17216334>.

WAINBERG, M. L. et al. *HIV risk behaviors among outpatients with Severe Mental Illness in Rio de Janeiro, Brazil*. [S.l.]: World Psychiatry, 2008. In press.

WAINBERG, M. L. et al. Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 65, p. 296-308, 2007b.

WEINHARDT, L. S. et al. Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.*, [S.l.], v. 66, p. 680-684, 1998.

TABELA 1

INTERVENÇÕES DE REDUÇÃO DO RISCO DE HIV PARA PACIENTES COM TMG

Autor, Ano	Desenho e Local do estudo	Características da amostra	Grupo experimental	Grupo Controle	Efeitos da intervenção
1) Kalichman, 1995	Grupo do mesmo gênero 1 e 2 meses de seguimento Ambulatório de Psiquiatria; Milwaukee, WI	N=52 61% esquizofrenia 23% esquizo-afetivo 13% transtorno grave do humor 17% transtorno de personalidade		4 semanas lista de espera 15 homens 14 mulheres	↑ conhecimento camisinha, ↑ conhecimento HIV, ↑ intenção de mudança, ↑ uso da camisinha, ↓ sexo sem preservativo
2) Kelly, 1997	2 meses de seguimento Ambulatório de Psiquiatria; Milwaukee, WI	N=104 19% esquizofrenia 58% transtorno do humor 11% transtorno ansiedade 11% uso de drogas/ transtorno de personalidade	Sete cursos de 90 min de intervenção em HIV N=42 Sete cursos de 90 min em HIV + cursos de <i>advocacy</i> N=28	Um curso de 60 min. 1-a-1 de redução de risco HIV N=34	HIV + cidadania/ educação somente: ↓ número de parceiros sexuais, ↓ sexo sem preservativo, ↓ múltiplos parceiros sexuais
3) Susser, 1998	Seguimentos semanais, durante 6 semanas, de 18 meses Ambulatório de Psiquiatria; New York, NY	N=97 homens, sendo 59 sexualmente ativos 61% esquizofrenia /esquizo-afetivo 27% transtorno depressivo grave ou bipolar 12% outro sem especificação Todos os homens foram identificados como moradores de rua	Quinze sessões bi-semanais de redução de risco SexG, por oito semanas N=52; 33 sexualmente ativos	Duas sessões informação HIV N=45; 26 sexualmente ativos	↑ uso da camisinha, ↓ múltiplos parceiros sexuais, ↓ sexo sem preservativo

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Autor, Ano	Desenho e Local do estudo	Características da amostra	Grupo experimental	Grupo Controle	Efeitos da intervenção
4) Weinhardt, 1998	2- e 4- meses de seguimento Ambulatório de Psiquiatria; Upstate NY	N=20 mulheres 50% esquizofrenia 30% bipolar 20% transtorno depressivo grave	10 sessões diárias de 75 min em assertividade e sessões prevenção HIV N=9	Lista de espera controle N=11	↑ assertividade sexual↑ conhecimento HIV, ↑ uso da camisinha
5) Berkman, 2006	Seguimento SERBAS a cada 6 semanas por 6 meses Programa de acompanhamento diário de Psiquiatria; New York, NY	N=92 homens; 56 sexualmente ativos 72% esquizofrenia /esquizo-afetivo 10% transtorno depressivo grave 3% bipolar 15% sem diagnóstico DSM-III-R 25% comorbidade abuso drogas	Seis sessões de intervenção SexG, duas vezes ao dia; de 1h N=50; 33 sexualmente ativos	Uma sessão de 2h de educação padrão HIV N=42; 23 sexualmente ativos	↓ sexo sem preservativo
6) Collins, 2001	6 semanas de seguimento Hospital de Psiquiatria; New York, NY	N=35 mulheres Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, bipolar (sem crises)	10-50 min sessões de intervenção, duas vezes ao dia N=18	Duas sessões de 1 hora de educação HIV N=17	↑ atitudes em relação camisinha feminina

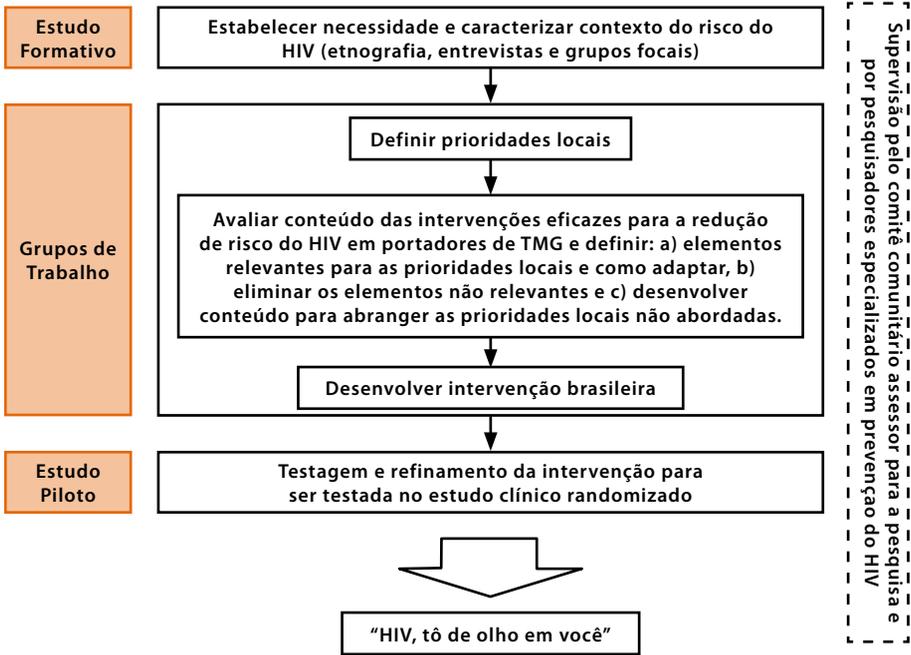
CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Autor, Ano	Desenho e Local do estudo	Características da amostra	Grupo experimental	Grupo Controle	Efeitos da intervenção
7) Otto-Salaj, 2001	Grupo do mesmo gênero; 3, 6, 9, 12 meses de seguimento Ambulatório de Psiquiatria; Milwaukee, WI	N=159 35% esquizofrenia 34% transtorno do humor 18% esquizoafetivo 13% sem especificação	Sete sessões de 1-2 horas de prevenção HIV + duas seções de reforço N=75	Sete sessões de 1-2 horas de promoção da saúde + duas seções de reforço N=84, 40 mulheres 44 homens	Tto mulheres: ↑ atitudes em relação camisinha, ↑ intenção redução risco, ↑ uso da camisinha, ↓ número de parceiros sexuais Tto homens: ↑ conhecimento HIV
8) Carey, 2004	3 e 6 meses de seguimento Ambulatório de Psiquiatria; Syracuse, NY	N=408 221 mulheres, 187 homens 49% transtorno depressivo, 19% bipolar, 18% esquizofrenia, 15% esquizoafetivo	10 sessões bi-semanais redução de risco HIV, N=142 10 sessões bi-semanais de Redução do Uso de Drogas (RUD) N=140	Atendimento padrão N=126	Tto HIV: ↓ sexo sem proteção, ↓ número de parceiros sexuais casuais, ↑ diálogo sobre sexo seguro Tto RUD: ↓ número de parceiros sexuais, ↑ atitudes em relação camisinha, ↑ intenções uso camisinha

FIGURA 1

DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO BRASILEIRA: "HIV, TÔ DE OLHO EM VOCÊ"



PROJETO PESSOAS - DISCUSSÃO, RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS

Mark Drew Crosland Guimarães¹, Francisco de Assis Acurcio²,
Maria Imaculada de Fátima Freitas³

DAS LIMITAÇÕES E INTERPRETAÇÕES

O Projeto PESSOAS é o primeiro e, até o momento, o único estudo, nacional ou internacional, a estimar a prevalência do HIV, sífilis e hepatites B e C, com amostra representativa nacional de pacientes com transtornos mentais. Os dados aqui apresentados consistem em importante linha de base epidemiológica e fornecem valiosos subsídios para a discussão e implementação de políticas públicas para as IST no Brasil. No entanto algumas considerações metodológicas devem ser feitas no sentido de melhor interpretar os dados, cuidando para que extrapolações inadequadas sejam evitadas. Vale ressaltar, ainda, que os dados qualitativos devam ser tomados como representativos somente do grupo estudado e não como resultados generalizáveis para todo o universo de pessoas com agravos mentais.

DELINEAMENTO

Os resultados apontam para importantes associações estatisticamente determinadas cujas interpretações têm forte relevância epidemiológica na área das IST, em especial o HIV, e são respaldados pela literatura atual. No entanto, por se tratar de estudo de corte-transversal, as inferências sobre causalidade e predição de riscos devem ser cautelosas, limitando-se os autores a indicarem corretamente aquelas associações com magnitudes importantes, sugerindo perspectivas de continuidade e confirmação dos achados por meio de estudos epidemiológicos mais adequados para estimação de risco, como os estudos de coorte.

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

³ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais

ELEGIBILIDADE

Como em todo estudo epidemiológico representativo, a base populacional da qual a amostra é selecionada deve ser claramente definida. No caso do Projeto PESSOAS, essa população foi de adultos (> 18 anos), internados em hospitais psiquiátricos ou em acompanhamento nos CAPS e aptos a participar do projeto segundo avaliação preliminar. Foram excluídos os CAPS Ad, especializados no tratamento de pacientes com transtornos causados pelo abuso de álcool e drogas. A exclusão dos pacientes não-aptos pode ter gerado estimativas conservadoras, considerando que esses pacientes em geral são clinicamente mais graves e potencialmente sujeitos a uma maior vulnerabilidade. A exclusão dos CAPS Ad também pode gerar estimativas conservadoras e potencialmente subestimadas, principalmente em relação ao HIV por causa da vulnerabilidade já conhecida dessa população específica por eles atendida. Por outro lado, nossa população ampliou o espectro diagnóstico e incluiu todos aqueles pacientes com transtornos mentais atendidos nesses serviços de atenção psiquiátrica, seguindo os critérios acima, diferentemente da maioria dos estudos internacionais que, em geral, avaliaram pacientes com transtornos mentais graves em populações selecionadas. Chama a atenção que, mesmo sendo estimativas conservadoras, a magnitude e força das associações encontradas reforçam a necessidade imediata de uma profunda reflexão e tomada de medidas adequadas pelo poder público. O mesmo vale para o componente qualitativo, no qual foram ouvidos entrevistados de quatro serviços de saúde do país, sendo que o critério de saturação assegurou a coerência interna e a consistência dos dados, permitindo interpretá-los e apontando dificuldades, entraves e possibilidades para a prevenção e promoção da saúde de pessoas com agravos mentais.

AMOSTRA E REPRESENTATIVIDADE

O plano amostral consistiu de duas etapas distintas que potencialmente podem afetar as estimativas desejadas. A unidade amostral de interesse principal foi o indivíduo com transtorno mental. Para se obter a unidade amostral de interesse e considerando os custos e viabilidade, foram inicialmente selecionados 26 centros, estratificados pelo tipo de serviço, hospitais ou CAPS, e ponderados pela distribuição dos casos de aids notificados no país. Dessa forma, o efeito de conglomerado (*cluster*) dessa primeira etapa está potencialmente presente e deve ser levado em conta nas análises, principalmente aquelas referentes às estimativas de prevalência das infecções de interesse (vide capítulo 7). Além disso, o número de centros selecionados foi estimado para se atingir o desejado número amostral de pacientes, e portanto, não é necessariamente representativo de todos os hospitais ou CAPS do país (vide capítulo 6). Na segunda etapa, p. ex., seleção dos pacientes, houve variabilidade do tamanho amostral relativo ao universo de pacientes

em cada centro, sendo assim recomendado que esse fator seja considerado como peso para as estimativas de prevalência e análises de associação com as infecções.

COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS

Apesar das dificuldades enfrentadas e do grande desafio que foi construir e conduzir o Projeto PESSOAS, entendemos que seus resultados terão certamente importante repercussão nos serviços e instituições participantes. Várias observações acerca dos resultados foram feitas nos capítulos específicos. Procuramos produzir uma síntese que possa consolidar os mesmos de forma a orientar as perspectivas futuras de colaboração e avanço do conhecimento nessa área.

Os serviços participantes, tanto hospitais quanto os CAPS, apresentaram precárias condições de atendimento clínico aos pacientes e uma baixa interlocução com os serviços de referência e contra-referência, principalmente na atenção clínica. Há uma maior fragilidade de recursos humanos e materiais dos CAPS, quando comparados aos hospitais e há menor disponibilidade de medicamentos para atenção a urgências clínicas nos CAPS. É muito grave a situação desses centros em relação à sua adequação para a prevenção e assistência às IST. Poucos serviços tinham programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar da existência de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV.

A análise descritiva indicou que houve predominância de pacientes femininos, solteiros, com idade acima de 40 anos, com baixa escolaridade e renda. As condições clínicas indicam preponderância dos diagnósticos do grupo das psicoses, ansiedade, depressão e transtorno bipolar. Chama atenção a alta proporção de outras condições clínicas não-psiquiátricas relatadas pelos participantes, mas menos da metade registradas em prontuário. Além disto, a alta proporção de pacientes com outros diagnósticos não-psiquiátricos contrasta com a baixa condição dos serviços em prover ou referenciar estes pacientes para um adequado cuidado.

As variáveis marcadoras de vulnerabilidade indicam uma alta proporção de pacientes com história de doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo e uso de álcool. O uso de substâncias ilícitas é alto, principalmente *canabis* e cocaína. No entanto, o relato de uso de drogas injetáveis está em níveis mais baixos, o que pode ser parcialmente explicado pela exclusão dos CAPS Ad do processo amostral. A maioria dos participantes relata início de atividades sexuais precocemente e o uso de preservativo em todas as relações sexuais é extremamente baixo, apesar de uma parcela importante afirmar estar em risco para o HIV/aids. Somente um quarto dos participantes sexualmente ativos relatou o uso de preservativo na última relação sexual. A ausência de educação em saúde sexual com distribuição de preservativos nos serviços é muito grave e deve ser objeto de investigações subseqüentes e ação imediata pelo poder

público. Por último, destaca-se a alta proporção de pacientes que já moraram na rua, estiveram presos e já sofreram alguma violência física (56,0%) ou sexual (19,8%). Esses dados são preocupantes, devendo ser objeto de análises mais aprofundadas.

A soroprevalência da infecção pelo HIV é moderadamente alta (0,80%), considerando o desenho do estudo (amostra aleatória nacional, exclusões metodológicas), quando comparado com estudos representativos de outras populações ou com a estimativa de prevalência para o Brasil (0,61%). São também preocupantes as soroprevalências de HCV, sífilis e HBsAg. É alta a proporção de pacientes (20,2%) que tiveram pelo menos um dos marcadores sorológicos positivo. Esses dados indicam que essa população de pacientes psiquiátricos atendidos nos serviços estudados encontra-se em maior risco para as IST e que medidas urgentes devam ser tomadas pelo poder público.

O componente qualitativo indicou algumas importantes reflexões que complementam o componente quantitativo. Dentre elas cita-se: a prevenção não é a primeira e nem a principal preocupação das pessoas com transtornos mentais crônicos; o que está também presente em outras populações. Essas, apesar de conhecerem as formas corretas de se prevenir, confundem formas de se infectar e não se vêem em risco no momento que decidem ter relações sexuais, representando o parceiro como alguém que foi escolhido por ser 'conhecido', 'limpo', etc. Além disso, a maioria dos portadores de sofrimento mental não são assexuados ou de uma sexualidade fora de controle como é corrente ouvir no senso comum dos profissionais de saúde. A maioria gostaria de viver o que pode ser considerado como uma sexualidade plena, mas têm medo. Alguns têm sofrimentos e recalques ou dificuldades cognitivas, são inibidos e se sentem enfraquecidos em face autoridade do outro, cedendo aos seus desejos sem se sentirem participantes. Outros ainda são agressivos e buscam sexo para subjugar ou agredir alguém. A sexualidade e o amor estão representados como fundamentais para as mulheres, enquanto os homens não fazem essa ligação tão forte, mas a maioria gostaria de viver relacionamentos afetivos estáveis, mesmo que isso ainda não tenha sido possível. As profissionais do sexo podem, portanto, ter um papel relevante para os homens com agravos mentais, contribuindo para sua 'sanidade', por causa da receptividade com que os acolhem e da representação de que estas sempre exigem o preservativo nas relações. As mulheres com agravos mentais parecem ter menores possibilidades de vivenciar uma sexualidade que lhes confira prazer e gozo, havendo maior risco frente às IST e aids, além de abusos sexuais sofridos.

Os resultados da análise qualitativa apontam uma grande vulnerabilidade nas interações sociais, aprofundando a interpretação dos achados do eixo quantitativo. Além disso, o fato de os participantes gostarem de falar de si mesmos, de suas relações e de sexualidade durante as entrevistas em profundidade desvela a possibilidade de construção de cuidados que incluam a educação em saúde sexual para essas pessoas. Essa poderia ser uma educação que considere as representações sobre os agravos

mentais, sobre as IST e aids, sobre a sexualidade e sobre as relações sociais como um substrato para atividades de aprendizagem e reflexão, propiciando reconhecimento de si mesmo e reconstrução de identidade, o que poderia possibilitar uma maior autonomia e proteção das pessoas com agravos mentais em face dos riscos de infecções sexualmente transmissíveis e aids. A situação social dos entrevistados exige cuidados integrais que incluam acompanhamento familiar (quando a família está por perto) ou acompanhamento que leve em conta a inserção destes num cotidiano que ultrapasse a mera resposta às demandas de necessidades consideradas básicas.

Vale ressaltar a importância que o Projeto PESSOAS teve para os supervisores responsáveis pela pesquisa em cada centro. Ao final da pesquisa solicitamos que uma avaliação fosse encaminhada à coordenação do projeto. Uma síntese da análise de conteúdo desses relatórios pode ser consultada no Anexo J. Profissionais competentes em suas respectivas áreas, assumiram com coragem a enorme tarefa de conduzir o estudo, seguindo as recomendações do treinamento e contribuindo com valiosas sugestões. A rotina dos serviços muitas vezes impede que uma visão avaliativa mais acadêmica seja incorporada na prática. No entanto, fica evidente a transformação que muitos vivenciaram, tornando esses profissionais parceiros(as) no processo de prover adequada atenção aos pacientes, procurando entender as barreiras a serem superadas.

RECOMENDAÇÕES

Das políticas públicas

- I. É de fundamental importância que este projeto tenha continuidade com o apoio das instituições financiadoras e colaboradoras. Os dados aqui apresentados corroboram de forma indelével a necessidade de se estabelecer políticas públicas de prevenção das IST no âmbito dos serviços de atenção aos portadores de transtorno mental no Brasil.
- II. É urgente que o poder público por meio dos Programas de DST/Aids e Saúde Mental desenvolva mecanismos para estimular os serviços a implementar programas de educação em saúde sexual voltados também para a prevenção das IST/aids. É absolutamente necessário e urgente, ainda, que se aumente a disponibilidade de preservativos nos serviços de saúde mental, acompanhada de aconselhamento, dentro dos programas de educação em saúde sexual.
- III. A promoção de capacitações dos profissionais de saúde mental objetivando, aumentar seu conhecimento e habilidade nos aspectos de diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o

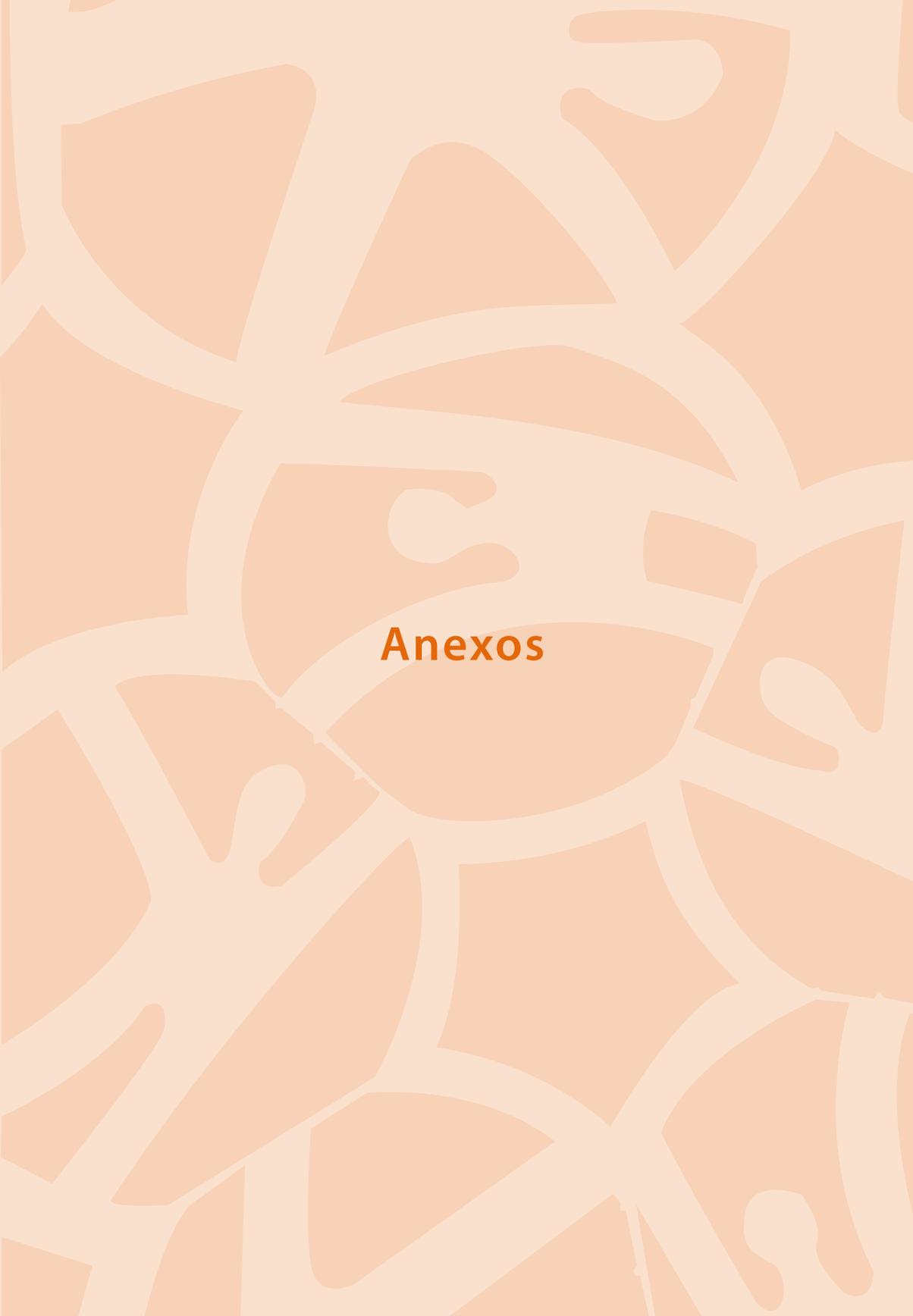
HIV/aids, deve ser implementada em todos os serviços de atenção aos pacientes com transtornos mentais.

- IV. Considerando a precária situação dos sistemas de referência e contra-referência desses serviços e a baixa proporção de pacientes com história de terem realizado o teste anti-HIV, é necessário estimular e desenvolver estratégias para aumentar a disponibilidade e o acesso dos pacientes a esse e outros exames diagnósticos das IST. Ademais, o desafio da integralidade da atenção a estes pacientes requer que demandas clínicas sejam manejadas com maior efetividade.
- V. É necessário criar mecanismos efetivos de divulgação desses resultados para os serviços de saúde mental, de IST e aids, congressos científicos, reuniões de trabalho, seminários, sociedades científicas, e organizações não-governamentais da sociedade civil, dentre outros.
- VI. É necessário estabelecer mecanismos de monitoramento e incorporação de indicadores gerados pela pesquisa em páginas da internet do Ministério da Saúde, incluindo o PN-DST/AIDS e a Coordenação Geral de Saúde Mental, tornando-os públicos e de fácil acesso. Uma lista de páginas de interesse para a área encontra-se neste volume.

Da continuidade da pesquisa

- I. Em agosto de 2007, os resultados preliminares foram apresentados aos supervisores e serviços participantes, tendo sido criada uma rede de pesquisadores e colaboradores interessados em dar continuidade a essa linha de investigação. Recomenda-se que essa rede, acrescida de todos aqueles interessados direta ou indiretamente em uma melhor qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais no Brasil, crie um fórum de discussão constante para promover reflexões e a implementação de ações de cuidado à saúde e de prevenção.
- II. Recomenda-se expandir a pesquisa para outros serviços de saúde mental, incluindo os CAPS Ad, os CAPS infantis, os programas de atenção básica e de saúde da família. Considerando as limitações éticas, é desejável que o segmento de pacientes considerados não-aptos, provavelmente clinicamente mais graves, seja incluído em futuras avaliações.

- III. São necessários estudos de efetividade em relação às ações de atenção e prevenção das IST/aids em amostra representativa de serviços de saúde mental no Brasil.
- IV. Desenvolver pesquisas específicas que abordem temas que necessitam maior aprofundamento nessa população, tais como violência, estigma e direitos humanos.
- V. Estimular a cooperação entre grupos de pesquisa nacional e internacionalmente engajados na intersecção Saúde Mental-IST/aids. Os resultados do estudo piloto PRISSMA e o estudo de avaliação de uma intervenção adaptada para a realidade brasileira, em andamento, apresentados no capítulo 8 vêm ao encontro aos resultados e recomendações do Projeto PESSOAS. Nesse sentido, em março de 2008 foi realizada a II Conferência PRISSMA no Rio de Janeiro, intitulada “Integração PRISSMA-PESSOAS: Perspectivas para a prevenção de HIV/DST na Saúde Mental no Brasil”. Participaram do evento representantes do PN-DST/AIDS/MS, Coordenação Geral de Saúde Mental/MS, pesquisadores dos Projetos PRISSMA e PESSOAS, representante da ABIA e convidados da Universidade de Columbia. Foram abordados os seguintes temas: Políticas Públicas de Prevenção e Atenção para HIV/DST em Saúde Mental; Projeto PESSOAS: Soroprevalência e comportamentos de risco, indo além dos estudos clínicos randomizados (ECR): um modelo alternativo para a adoção dos resultados de estudos com eficácia; O impacto da violência e trauma para o risco de HIV; e, PRISSMA: Saúde e Sexualidade. Foi também realizado um seminário para discutir os temas expostos e perspectivas de colaboração. As recomendações apontadas pelos pesquisadores do Projeto PESSOAS foram novamente enfatizadas e as apresentações estão disponíveis em <http://www.abiaids.org.br/eventos>. Finalmente, ampliando essa valiosa colaboração, as equipes dos Projetos PRISSMA e PESSOAS estão em fase de estudos para a construção de novas perspectivas que venham responder às necessidade, questionamentos, reflexões e recomendações expostas pelos contundentes resultados aqui apresentados.



Anexos

ANEXO 1 - CONTROLE DOS PARTICIPANTES SELECIONADOS	
<p>CENTRO: _____</p> <p>NÚMERO DE ORDEM: _____</p> <p>NÚMERO DE IDENT: _____</p>	<p><i>Cole a etiqueta de IDENT aqui</i></p>
PARTE A - AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO PARTICIPANTE	
<p>A. Este ANEXO refere-se a:</p> <p>Anexo preenchido na primeira entrevista..... 1</p> <p>Anexo preenchido na segunda entrevista (com o mesmo entrevistador)... 2</p> <p>Anexo preenchido na segunda entrevista (com entrevistador diferente)... 3</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1. AVALIAÇÃO OBJETIVA:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><i>Eu vou fazer algumas perguntas antes de iniciarmos a entrevista.</i></p> </div>	
<p>1.1. Qual é o seu nome completo?</p> <p>A. O participante respondeu corretamente a pergunta?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1.2. Eu vou falar três palavras e você repete depois que eu terminar de dizer. Vou perguntar a você essas mesmas palavras novamente mais tarde.</p> <p style="text-align: center;">CARRO MESA ESCOVA</p> <p>A.Quantas palavras o participante repetiu corretamente?</p> <p>Todas..... 1</p> <p>Apenas 2..... 2</p> <p>Apenas 1..... 3</p> <p>Nenhuma..... 4</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1.3. Que dia da semana é hoje?</p> <p>A. O participante respondeu corretamente a pergunta?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1.4. E o Mês e Ano em que estamos?</p> <p>A. O participante respondeu corretamente a pergunta?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1.5. Como é nome deste lugar onde estamos?</p> <p>A. O participante respondeu corretamente a pergunta?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>

1.6. Gostaria que você fizesse alguns cálculos matemáticos: quanto é $47 - 7$ e $40 - 7$ e $33 - 7$?

A. Quantos resultados o participante acertou?

Todos..... 1
 Apenas 2..... 2
 Apenas 1..... 3
 Nenhum..... 4
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

1.7. Agora gostaria que você me dissesse aquelas três palavras que eu pedi que guardasse.

A. Quantas palavras o participante repetiu corretamente?

Todas..... 1
 Apenas 2..... 2
 Apenas 1..... 3
 Nenhuma..... 4
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

2. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DO ENTREVISTADOR:

2.1. Na sua avaliação o participante está lúcido, orientado, com o curso do pensamento sem desagregação ou fuga de idéias e sem déficit grave de inteligência?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

SE NÃO, ESPECIFICAR: _____

[]

2.2. Na sua avaliação o participante possui algum grau de Deficiência Mental?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

A. SE SIM, qual o grau de Deficiência Mental:

Leve..... 1
 Moderado..... 2
 Grave..... 3
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

2.3. Você avalia que neste momento o participante terá condições de responder à entrevista?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

SE NÃO, POR QUÊ? _____

[]

<p>3. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS:</p> <p>3.1. Este participante encontra-se impedido legalmente de assinar qualquer documento, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE SIM, ESPECIFICAR: _____ _____</p>	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
PARTE B - CONVITE, CONSENTIMENTO E ACONSELHAMENTO	
<p>4. O <u>participante</u> SELECIONADO foi convidado para a entrevista?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2</p> <p>SE NÃO, POR QUÊ? _____ _____</p> <p>A. Concordou?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE NÃO, POR QUÊ? _____ _____</p> <p>B. Assinou consentimento?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>5. O <u>participante</u> recebeu aconselhamento?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p>	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
PARTE C - EXAMES LABORATORIAIS	
<p>6. O <u>participante</u> foi convidado para coletar Exames?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE NÃO, POR QUE? _____ _____</p>	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

IDENT: [][][][][]

A. Concordou em realizar exames para:

	Sim	Não	NA	IGN	SE NÃO, POR QUE?		
HIV / Aids	1	2	8	9	_____	[]	[]
Hepatite B	1	2	8	9	_____	[]	[]
Hepatite C	1	2	8	9	_____	[]	[]
Sífilis	1	2	8	9	_____	[]	[]

ATENÇÃO: VERIFICAR CONSENTIMENTO

7. Coleta Exames Agendada: =====> Preencher ANEXO 2

Data: ___/___/_____

Local: _____

A. Compareceu / Foi localizado?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

B. Coletou Exames?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

Data: ___/___/_____

SE NÃO, POR QUÊ? _____

ATENÇÃO: VERIFICAR A IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS DE COLETA

PARTE D - ENTREVISTA

8. Entrevista agendada: =====> Preencher ANEXO 2

Data: ___/___/_____

Local: _____

A. Compareceu / Foi localizado?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9



**PROJETO
PESSOAS**

COLE A ETIQUETA AQUI

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

VERSÃO 1.7

APOIO:
Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS
Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

- 2005 -

PARTE 1 - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

<p>1.0. Local da pesquisa: _____ Código do CENTRO: _____</p> <p>1.1. Número de ORDEM: _____</p> <p>1.2. Número de Identificação na pesquisa (IDENT): _____</p>	<p><i>Cole a etiqueta aqui</i></p>
<p>1.3. Número do prontuário neste local: _____</p> <p>A. Esta entrevista refere-se a:</p> <p>Primeira entrevista..... 1</p> <p>Segunda entrevista com o mesmo entrevistador..... 2</p> <p>Segunda entrevista com outro entrevistador..... 3</p> <p>NA..... 8</p> <p>1.4. Horário do início da entrevista: ____:____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>1.5. Qual a cidade onde você nasceu? _____ Estado: _____</p> <p>1.6. Qual a cidade onde você mora atualmente? _____ Estado: _____</p> <p>1.7. Há quanto tempo você mora NESTA CIDADE?</p> <p>Especificar: _____</p> <p>Dias..... 1</p> <p>Meses..... 2</p> <p>Anos..... 3</p> <p>1.8. Cor:</p> <p>Branca..... 1</p> <p>Preta..... 2</p> <p>Parda..... 3</p> <p>Outra..... 4</p> <p>IGN..... 9</p> <p>SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____</p> <p>1.9. Qual a data em que você nasceu? ____/____/____ Dia Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)</p> <p>1.10. Sexo:</p> <p>Masculino..... 1</p> <p>Feminino 2</p> <p>IGN 9</p> <p>1.11. Idade completa em anos até a data da entrevista: _____</p>	<p>_____</p>

1.19. Atualmente, você mora sozinho(a)?

- Sim 1
- Não 2
- NA 8
- IGN 9

**SE SIM PARA 1.19, PASSAR PARA 1.20.
SE NÃO, CONTINUAR EM 1.19A.**

A. Você mora com:
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

- Mora sozinho(a)..... 001
- Pai e / ou Mãe..... 002
- Filhos 004
- Outros Parentes 008
- Esposa(o) / Parceira(o) 016
- Amigas(os)..... 032
- Outros 064
- IGN 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

1.20. Em algum momento da sua vida você já teve que morar na rua?

- Sim 1
- Não 2
- IGN..... 9

A. Por quanto tempo você morou na rua? _____

- Dias..... 1
- Meses..... 2
- Anos..... 3

1.21. Você tem algum plano de saúde?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR: _____

1.22. Você pertence a algum culto religioso ou religião?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- IGN..... 9

IDENT:

**SE SIM PARA 1.22, CONTINUAR EM 1.22A.
SE NÃO, PASSAR PARA 2.1.**

A. ESPECIFICAR: _____

B. Você é praticante?
Sim..... 1
Não..... 2
NA 8
IGN..... 9

┌

OBSERVAÇÕES:

PARTE 2 - HISTÓRIA CLÍNICA

2.1. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Você já esteve internado(a) em algum hospital psiquiátrico ANTES DESTA INTERNAÇÃO?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você já esteve internado(a) em algum hospital psiquiátrico?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

SE SIM PARA 2.1:

A. Quantas vezes você já foi internado em hospital psiquiátrico, (EXCLUINDO-SE ESTA) ? _____

NA=88, IGN=99

B. Quantos anos você tinha quando foi internado pela primeira vez? _____

NA=88, IGN=99

**PARA AQUELES INTERNADOS, PASSAR PARA 2.3.
 PARA AQUELES ACOMPANHADOS NOS CAPS,
 CONTINUAR EM 2.2.**

2.2. **PARA AQUELES ACOMPANHADOS NOS CAPS:**

A. Quantas vezes você veio ao CAPS na ÚLTIMA SEMANA para tratamento?

_____ VEZES

NA=88, IGN=99

B. Desde que você iniciou este acompanhamento, alguma vez você interrompeu o seu tratamento por conta própria?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE SIM, POR QUÊ? _____

2.3. Você está tomando algum remédio para o seu problema psiquiátrico?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

**SE NÃO EM 2.3, PASSAR PARA 2.5.
SE SIM, CONTINUAR EM 2.3.A.**

A. Você sabe quais remédios está tomando para o seu problema psiquiátrico?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE SIM PARA 2.3.A:

B. Você poderia me dizer o nome deles?

2.4. Tem alguma coisa nestes remédios que te incomoda?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE SIM PARA 2.4:

A. Você poderia me dizer o que te incomoda?

2.5. Além do problema psiquiátrico, você TEM / JÁ TEVE algum outro problema de saúde?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- IGN..... 9

SE SIM PARA 2.5:

ESPECIFICAR : _____

2.6. Você já recebeu transfusão de sangue ou de componentes sanguíneos?

Sim..... 1
 Não..... 2
 Não Sei 3
 IGN..... 9

Se SIM, especificar o ano em que ocorreu a primeira transfusão: _____
 (Colocar 4 dígitos no ano)

2.7. Você já teve contato com sangue ou material de outra pessoa que você achou que pudesse estar contaminado pelo HIV/AIDS?

Sim..... 1
 Não..... 2
 Não Sei..... 3
 IGN..... 9

A. Se SIM, especificar:

Tipo de contato

Ano

2.8. Você já foi vacinado contra hepatite B?

Sim..... 1
 Não..... 2
 Não Sei..... 3
 IGN..... 9

"Existem algumas doenças que são transmitidas através das relações sexuais. Às vezes pode ocorrer destas doenças serem transmitidas de outras formas.

Assim, mesmo que você achar que não tenha tido ou se nunca teve relações sexuais, vou listar alguns nomes para você me dizer se as teve ou não.

Fazemos isto porque precisamos padronizar e perguntar para todos da mesma forma."

2.9. Você **JÁ TEVE** alguma doença transmitida através das relações sexuais (doença venérea, "doença de rua") ?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

CONTINUAR EM 2.9.A MESMO QUE RESPONDA NÃO EM 2.9.

C. Quando teve alguma dessas doenças, você falou com alguém sobre isso?

- Ninguém..... 001
- Médico..... 002
- Enfermeiro..... 004
- Psicólogo..... 008
- Outro profissional de saúde..... 016
- Amigo(a)..... 032
- Parceiro(a)..... 064
- Outro..... 128
- NA 888
- IGN 999

Se OUTRO, especificar: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

OBSERVAÇÕES:

IDENT:

"Agora vamos conversar um pouco sobre algumas questões mais sensíveis, de ordem pessoal. Como eu falei anteriormente, são perguntas confidenciais e ninguém vai poder identificar suas respostas. Assim, vamos falar sobre sua prática sexual, uso de preservativo, uso de drogas e de álcool, dentre outras coisas."

PARTE 3 - COMPORTAMENTO E SITUAÇÃO DE RISCO

3.1. Você fuma cigarro (palha, comercial, rolo) ?

Sim..... 1
Não 2
IGN..... 9

**SE SIM PARA 3.1, CONTINUAR EM 3.1.A.
SE NÃO, PASSAR PARA 3.1.E.**

A. Idade que começou a fumar: _____

B. Número de cigarros fumados diariamente: _____

C. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Você costuma fumar DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você costuma fumar DENTRO do CAPS?

Sim..... 1
Não 2
NA..... 8
IGN..... 9

SE NÃO EM 3.1.C, PASSAR PARA 3.2.

D. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do CAPS?

NA..... 001
Pessoas trazem de fora..... 002
Compro de alguém de fora 004
Trago de casa..... 008
Funcionários me dão 016
Compro de funcionários 032
Colegas (do hospital/CAPS) me dão..... 064
Compro de colegas (do hospital/CAPS)..... 128
Outras fontes..... 256
NQI..... 777
IGN..... 999

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

**SE SIM PARA 3.1, PASSAR PARA 3.2.
SE NÃO, CONTINUAR EM 3.1.E.**

E. Você já fumou alguma vez?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE SIM PARA 3.1.E:

F. Idade que começou a fumar pela primeira vez: _____

G. Número de cigarros que costumava fumar diariamente: _____

3.2. Você faz (OU JÁ FEZ) uso de bebidas alcóolicas?

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

**SE SIM PARA 3.2, CONTINUAR EM 3.2.A.
SE NÃO, PASSAR PARA 3.3.**

SE SIM, ESPECIFICAR:

A. Idade que começou a beber: _____

B. PARA PACIENTES INTERNADOS:

Em geral, com que frequência você bebia pelo menos uma DOSE de bebida alcóolica (*VEJA INSTRUÇÕES*) NO ÚLTIMO MÊS ANTES DE SE INTERNAR?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Em geral, com que frequência você bebeu pelo menos uma DOSE de bebida alcóolica (*VEJA INSTRUÇÕES*) NO ÚLTIMO MÊS?

Diariamente..... 1
 Quase todo dia 2
 Três vezes por semana..... 3
 Duas vezes por semana 4
 Uma vez por semana..... 5
 Somente uma vez 6
 Nenhuma vez 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

C. **PARA PACIENTES INTERNADOS:** E quando você está aqui DENTRO do Hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS: E quando você está aqui DENTRO do CAPS?

Diariamente..... 1
 Quase todo dia 2
 Três vezes por semana..... 3
 Duas vezes por semana 4
 Uma vez por semana..... 5
 Somente uma vez 6
 Nenhuma vez 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE NENHUMA VEZ EM 3.2.C, PASSAR PARA 3.3.

D. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Em geral, COMO você consegue bebida alcoólica quando está DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Em geral, COMO você consegue bebida alcoólica quando está DENTRO do CAPS?

NA..... 001
 Pessoas trazem de fora..... 002
 Compro de alguém de fora 004
 Trago de casa..... 008
 Funcionários me dão 016
 Compro de funcionários 032
 Colegas (do hospital/CAPS) me dão..... 064
 Compro de colegas (do hospital/CAPS)..... 128
 Outras fontes..... 256
 NQI 777
 IGN..... 999

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

3.3. Você já fez uso (experimentou) alguma das seguintes drogas **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** ou **ALGUMA VEZ NA VIDA**?

Droga	Últimos 12 meses			Alguma vez na vida		
	Sim	Não	IGN	Sim	Não	IGN
Maconha:	1	2	9	1	2	9
Cocaína:	1	2	9	1	2	9
Crack:	1	2	9	1	2	9
Alucinógenos:	1	2	9	1	2	9
Anfetaminas:	1	2	9	1	2	9
Opiáceos:	1	2	9	1	2	9
Solventes:	1	2	9	1	2	9
Outras:	1	2	9	1	2	9

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

**SE SIM PARA QUALQUER DROGA DO ITEM 3.3:
SEGUIR ESQUEMA ABAIXO.
SE NÃO, PASSAR PARA 3.4.**

A. Qual foi o último mês em que você fez uso e qual foi a frequência?

- Mais de uma vez por dia 1
- Uma vez por dia 2
- Pelo menos 3 vezes por semana 3
- Pelo menos 1 vez por semana 4
- Somente 1 vez 5
- NQI 6
- NA 8
- IGN 9

<u>Droga</u>										<u>Mês / Ano</u>		
Maconha:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cocaína:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Crack:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alucinógenos:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anfetaminas:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opiáceos:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solventes:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outras:	1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.4. Alguma vez na vida você já "INJETOU" na veia, por conta própria, alguma droga?

- Sim..... 1
- Não 2
- NQI 7
- IGN..... 9

SE SIM PARA 3.4:

A. Quais drogas você já se injetou?

B. Quando foi a última vez que você se injetou alguma droga?

Mês: _____ Ano: _____

3.5. Alguma vez na vida você já usou seringas de outras pessoas ou emprestou a sua para alguém?

- Sim..... 1
- Não 2
- NQI 7
- IGN..... 9

PARA AQUELES HOMENS QUE RESPONDERAM DE 1 A 4 OU 6 E PARA AQUELAS MULHERES QUE RESPONDERAM DE 2 A 6 EM 3.12, CONTINUAR EM 3.14; SE OUTRA RESPOSTA, PASSAR PARA 3.15

3.14. PARA OS HOMENS:

Em geral, o que você mais gosta de fazer nas relações sexuais com as MULHERES ?

PARA AS MULHERES:

Em geral, o que você mais gosta de fazer nas relações sexuais com os HOMENS?

[MARQUE TODAS QUE SE APLICAREM]

- Nunca transou..... 001
- Penetração Vaginal..... 002
- Penetração Oral..... 004
- Penetração Anal 008
- Masturbação mútua..... 016
- Outras situações 032
- Não tem preferência..... 666
- NQI..... 777
- NA..... 888
- IGN..... 999

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

3.15. Com quantas MULHERES diferentes você já teve relações sexuais:

SE NÃO SOUBER RESPONDER CLARAMENTE, USE A OPÇÃO AO LADO.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- | | | |
|--------------------|--------------|---|
| Especifique: _____ | 1 a 10 | 1 |
| Nenhum.....000 | 11 a 20..... | 2 |
| NQI.....777 | 21 a 30..... | 3 |
| NA.....888 | > 30..... | 4 |
| IGN.....999 | NQI..... | 7 |
| | NA..... | 8 |
| | IGN..... | 9 |

TODA A VIDA?

- | | | |
|--------------------|--------------|---|
| Especifique: _____ | 1 a 10 | 1 |
| Nenhum.....000 | 11 a 20..... | 2 |
| NQI.....777 | 21 a 30..... | 3 |
| NA.....888 | > 30..... | 4 |
| IGN.....999 | NQI..... | 7 |
| | NA..... | 8 |
| | IGN..... | 9 |

3.20. Quando você tem relação sexual você usa alguma droga?

- Todas as vezes..... 1
 Na maioria das vezes..... 2
 Menos da metade das vezes..... 3
 Nunca..... 4
 NQI..... 5
 NA..... 8
 IGN..... 9

3.21. Quando você tem relação sexual você usa bebida alcoólica?

- Todas as vezes..... 1
 Na maioria das vezes..... 2
 Menos da metade das vezes..... 3
 Nunca..... 4
 NQI..... 5
 NA..... 8
 IGN..... 9

3.22. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

QUANDO foi a última vez que teve uma relação sexual ANTES DE VOCÊ SE INTERNAR?

PARA PACIENTES DO CAPS:

QUANDO foi a última vez que você teve uma relação sexual?

Mês: _____ Ano: _____

A. Nesta RELAÇÃO sexual você usou camisinha?

- Sim 1
 Não 2
 NQI..... 3
 NA 8
 IGN 9

3.23. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

ONDE foi a última vez que teve uma relação sexual ANTES DE VOCÊ SE INTERNAR?

PARA PACIENTES DO CAPS:

ONDE foi a última vez que você teve uma relação sexual?

- Em casa 1
 Na rua 2
 Em motel..... 3
 Outro local 4
 NQI..... 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

3.24. PARA PACIENTES INTERNADOS:

A última relação sexual que você teve ANTES DE SE INTERNAR foi com:

PARA PACIENTES DO CAPS:

A última relação sexual que você teve foi com:

- Companheiro(a) regular (cônjuge, namorado(a))..... 1
 Desconhecido (a)..... 2
 Alguém conhecido mas não companheiro(a) regular 3
 Outra situação 4
 NQI..... 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

3.25. PARA PACIENTES INTERNADOS:

Você teve alguma relação sexual durante esta internação DENTRO DO HOSPITAL?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você teve alguma relação sexual DENTRO DO CAPS, desde que começou seu acompanhamento?

- Sim..... 1
 Não 2
 NQI..... 7
 NA 8
 IGN..... 9

**SE NÃO PARA 3.25, PASSAR PARA 3.26.
SE SIM, CONTINUAR EM 3.25.A.**

A. Esta(s) relação(ões) foi (foram):

- Somente com homem..... 1
 Somente com mulher..... 2
 Com homem e com mulher..... 3
 NQI..... 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

B. Nesta(s) RELAÇÃO(ÕES) sexual(is) você usou camisinha?

- Todas as vezes..... 1
 Na maioria das vezes..... 2
 Menos da metade das vezes..... 3
 Nunca..... 4
 NQI..... 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

C. PARA PACIENTES INTERNADOS:

ONDE você teve (costumava ter) relação sexual DURANTE ESTA INTERNAÇÃO?

PARA PACIENTES DO CAPS:

ONDE você teve (costumava ter) relação sexual DENTRO DO CAPS?

Na enfermaria..... 02
 No banheiro..... 04
 No pátio 08
 Outro local 16
 NQI..... 77
 NA..... 88
 IGN..... 99

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

D. PARA PACIENTES INTERNADOS:

COM QUEM teve (costumava ter) relação sexual DURANTE ESTA INTERNAÇÃO?

PARA PACIENTES DO CAPS:

COM QUEM teve (costumava ter) relação sexual DENTRO DO CAPS?

Parceiro(a) Regular (cônjuge, namorado(a))..... 002
 Desconhecido (a)..... 004
 Alguém conhecido mas não parceiro(a) regular 008
 Companheiro(a) de quarto (enfermaria) 016
 Funcionário(a) da instituição 032
 Outra situação 064
 NQI..... 777
 NA..... 888
 IGN..... 999

SE OUTRO, ESPECIFICAR _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

3.26. Alguma vez já aconteceu de você RECEBER dinheiro ou drogas em troca de sexo?

Sim..... 1
 Não 2
 NQI..... 3
 NA 8
 IGN..... 9

3.27. Alguma vez já aconteceu de você OFERECER dinheiro ou drogas em troca de sexo?

Sim..... 1
 Não 2
 NQI..... 3
 NA 8
 IGN..... 9

3.28. Alguma vez você já sofreu algum tipo de agressão VERBAL como ameaça, humilhação, xingamento, ofensa ou constrangimento?

- Sim..... 1
- Não 2
- IGN..... 9

**SE NÃO PARA 3.28, PASSAR PARA 3.29.
SE SIM, CONTINUAR EM 3.28.A.**

A. Isto já aconteceu:

- Muitas vezes..... 1
- Algumas vezes..... 2
- Poucas vezes 3
- Somente uma vez..... 4
- NQI..... 7
- NA..... 8
- IGN..... 9**

B. Este(s) ato(s) de agressão VERBAL foi(foram) praticado(s) por:
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

- NA..... 001
- Pai e / ou Mãe..... 002
- Filhos 004
- Outros Parentes 008
- Esposa(o) / Parceira(o) 016
- Amigas(os)..... 032
- Outros 064
- NQI..... 777
- IGN 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS ITENS: _____

C. Onde isto ocorreu? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

- NA 001
- Em casa 002
- Na rua 004
- No trabalho 008
- No hospital 016
- No CAPS..... 032
- Outro local 064
- NQI..... 777
- IGN 999

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

<p>D. Você comunicou isto a alguém ? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>Ninguém 001 Famíliares..... 002 Esposo(a) / Parceiro(a) 004 Amigo (a) 008 Profissional de saúde 016 Delegacia 032 Outro 064 NQi 777 NA 888 IGN 999</p> <p>SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>		<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3.29. Alguma vez você sofreu algum tipo de agressão FÍSICA? (Alguém já te bateu/agrediu? Você já apanhou de alguém?)</p> <p>Sim..... 1 Não 2 IGN..... 9</p>		<p>_____</p>
<p>SE NÃO PARA 3.29, PASSAR PARA 3.30. SE SIM, CONTINUAR EM 3.29.A.</p>		
<p>A. Isto já aconteceu:</p> <p>Muitas vezes..... 1 Algumas vezes..... 2 Poucas vezes 3 Somente uma vez..... 4 NQi..... 7 NA..... 8 IGN..... 9</p>		<p>_____</p>
<p>B. Este(s) ato(s) de agressão FÍSICA foi(foram) praticado(s) por: [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>NA..... 001 Pai e / ou Mãe..... 002 Filhos 004 Outros Parentes 008 Esposa(o) / Parceira(o)..... 016 Amigas(os)..... 032 Outros 064 NQi 777 IGN 999</p> <p>SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>		<p>_____</p> <p>_____</p>

B. Este(s) ato(s) de agressão SEXUAL foi(foram) praticado(s) por:
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

NA..... 001
Pai e / ou Mãe..... 002
Filhos 004
Outros Parentes 008
Esposa(o) / Parceira(o) 016
Amigas(os)..... 032
Outros 064
NQI 777
IGN 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

C. Onde isto ocorreu?
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

NA 001
Em casa 002
Na rua 004
No trabalho 008
No hospital 016
No CAPS..... 032
Outro local 064
NQI 777
IGN 999

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

D. Quando isso ocorreu?
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

NA..... 01
Infância..... 02
Adolescência..... 04
Idade adulta..... 08
NQI..... 77
IGN..... 99

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

PARTE 4 - CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE HIV / AIDS																																																								
<p>4.1. Você já OUVIU FALAR da AIDS ou do VÍRUS HIV?</p> <p>Sim..... 1 Não 2 NQI..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 IGN..... 9</p> <p>SE SIM PARA 4.1:</p> <p>A. Quando você ouviu falar de AIDS pela primeira vez? _____ _____</p>	[]																																																							
<p>4.2. A. O que é AIDS para você ?</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>B. Como você acha que se pega a AIDS ?</p> <p>_____ _____ _____</p>	[] []																																																							
<p>4.3. Vou ler algumas afirmativas sobre o que é a AIDS. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei".</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">A AIDS:</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><u>Certo</u></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><u>Errado</u></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><u>NS</u></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Destrói a defesa do organismo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pode-se pegar pelo sangue contaminado.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pode-se pegar pelo esperma contaminado.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pode-se pegar através do abraço.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pode-se pegar pela picada de inseto.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tem tratamento.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Atinge só o sexo masculino.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pode ser evitada por vacina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">É causada pelo vírus HIV.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">É transmitida pela relação sexual.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>	A AIDS:	<u>Certo</u>	<u>Errado</u>	<u>NS</u>	<u>IGN</u>	Destrói a defesa do organismo.....	1	2	3	9	Pode-se pegar pelo sangue contaminado.....	1	2	3	9	Pode-se pegar pelo esperma contaminado.....	1	2	3	9	Pode-se pegar através do abraço.....	1	2	3	9	Pode-se pegar pela picada de inseto.....	1	2	3	9	Tem tratamento.....	1	2	3	9	Atinge só o sexo masculino.....	1	2	3	9	Pode ser evitada por vacina.....	1	2	3	9	É causada pelo vírus HIV.....	1	2	3	9	É transmitida pela relação sexual.....	1	2	3	9	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
A AIDS:	<u>Certo</u>	<u>Errado</u>	<u>NS</u>	<u>IGN</u>																																																				
Destrói a defesa do organismo.....	1	2	3	9																																																				
Pode-se pegar pelo sangue contaminado.....	1	2	3	9																																																				
Pode-se pegar pelo esperma contaminado.....	1	2	3	9																																																				
Pode-se pegar através do abraço.....	1	2	3	9																																																				
Pode-se pegar pela picada de inseto.....	1	2	3	9																																																				
Tem tratamento.....	1	2	3	9																																																				
Atinge só o sexo masculino.....	1	2	3	9																																																				
Pode ser evitada por vacina.....	1	2	3	9																																																				
É causada pelo vírus HIV.....	1	2	3	9																																																				
É transmitida pela relação sexual.....	1	2	3	9																																																				
<p>4.4. Você já fez o exame para AIDS?</p> <p>Sim..... 1 Não 2 NQI..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 IGN..... 9</p>	[]																																																							

<p>SE SIM PARA 4.4:</p> <p>A. Você soube qual foi o resultado ?</p> <p>Sim..... 1 Não 2 NQI..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 NA 8 IGN..... 9</p> <p>B. Você poderia me dizer qual foi o resultado ?</p> <p>Positivo..... 1 Negativo..... 2 Indeterminado..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 NQI..... 7 NA 8 IGN..... 9</p> <p>4.5. Em relação ao risco de pegar AIDS, você acha que tem:</p> <p>Muito risco 1 Algum risco 2 Nenhum risco 3 Não Sabe com certeza..... 4 NQI..... 5 IGN..... 9</p> <p>A. Você poderia me dizer POR QUÊ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>NESTE MOMENTO, ENTREGAR O CARTÃO PARA O(A) PARTICIPANTE E OBSERVAR SE O(A) MESMO(A) SABE LER.</p> <p>Indicou que sabe ler:</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2</p> </div>	
<p>4.6. Gostaria que você lesse as frases deste cartão e me indicasse o número da alternativa que mais se aproxima do que você SENTE em relação à atração sexual:</p> <p>Você só sente atração sexual por mulheres..... 1 Você sente atração principalmente por mulheres, mas às vezes por homens. 2 Você sente atração mais ou menos igualmente por mulheres e homens..... 3 Você sente atração principalmente por homens, mas às vezes por mulheres. 4 Você só sente atração sexual por homens 5 Você não sente atração sexual por outra pessoa 6 NQI..... 7 IGN..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>4.13. A entrevista teve que ser interrompida em algum momento?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE SIM PARA 4.13:</p> <p>Anote o motivo da interrupção:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4.14. Este participante tem prontuário disponível para a pesquisa ?</p> <p>Sim..... 1 Não 2 IGN..... 9</p> <p>4.15. Entrevistador: _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
--	--

OBSERVAÇÃO:

IDENT:

PARTE 5 - PESQUISA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

5.1. Data da internação atual (ou início do acompanhamento no CAPS):

___/___/___

5.2. Município onde nasceu: _____ Estado: _____

5.3. Sexo:

Masculino..... 1
Feminino 2
NA 8
IGN 9

5.4. Cor:

Branca..... 1
Preta..... 2
Parda..... 3
Outra..... 4
NA 8
IGN..... 9

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

5.5. Data do Nascimento: ___/___/___
Dia Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)

5.6. Idade completa em anos até a data da entrevista: _____

5.7. Em relação à escolaridade, anote qual foi a última série concluída (nº de anos que estudou):

Nenhuma 00
I grau:..... 01 02 03 04 05 06 07 08
II grau:..... 09 10 11
Superior incompleto 12
Superior completo 13
Alfabetização de adultos 14
Outro 15
NA 88
IGN 99

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

[I GRAU = ENSINO FUNDAMENTAL]

[II GRAU = ENSINO MÉDIO]

PARA PACIENTES INTERNADOS, PASSAR PARA 5.9.

5.12. REGISTRO NO PRONTUÁRIO de atendimentos que estão sendo feitos a este paciente :

	No serviço	Outro local	Não	NA	IGN
Psiquiatria.....	1	2	3	8	9
Terapia Ocupacional.....	1	2	3	8	9
Psicologia.....	1	2	3	8	9
Clínica Médica.....	1	2	3	8	9
Neurologia.....	1	2	3	8	9
Assistência social.....	1	2	3	8	9
Enfermagem.....	1	2	3	8	9
Outro.....	1	2	3	8	9

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

5.13. Há REGISTRO NO PRONTUÁRIO de alguma outra condição clínica, diferente da psiquiátrica, estabelecida por profissional médico, DURANTE ESTA INTERNAÇÃO (OU ESTE ACOMPANHAMENTO NO CAPS) ?

- Sim 1
- Não..... 2
- NA 8
- IGN 9

SE SIM PARA 5.13, ESPECIFICAR:

Número de diagnósticos: _____

5.14. Há REGISTRO NO PRONTUÁRIO da internação (ou do acompanhamento no CAPS) de prescrição de outra medicação, diferente da psiquiátrica ?

- Sim 1
- Não..... 2
- NA 8
- IGN 9

5.17. Há REGISTRO NO PRONTUÁRIO de AGRESSÃO SOFRIDA pelo participante?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
Verbal	1	2	8	9
Física	1	2	8	9
Sexual	1	2	8	9

SE SIM, ESPECIFICAR:

[]

[]

[]

5.18. Há REGISTRO NO PRONTUÁRIO de AGRESSÃO COMETIDA pelo participante?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
Verbal	1	2	8	9
Física	1	2	8	9
Sexual	1	2	8	9

SE SIM, ESPECIFICAR:

[]

[]

[]

5.19. Há registro no prontuário de realização ou prescrição médica de contenção física?

Sim	1
Não.....	2
NA	8
IGN	9

[]

5.20. Há REGISTRO NO PRONTUÁRIO de alguma DST?
[INDEPENDENTE DA QUESTÃO 2.9]

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
Sífilis:.....	1	2	8	9
Herpes genital / anal:.....	1	2	8	9
Cancro mole:.....	1	2	8	9
Gonococcia:.....	1	2	8	9
Infecção por clamídia:.....	1	2	8	9
Linfogranuloma venéreo:.....	1	2	8	9
Condiloma:	1	2	8	9
Outras:	1	2	8	9

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____



**PROJETO
PESSOAS**

COLE A ETIQUETA AQUI

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

VERSÃO 1.7

APOIO:
Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS
Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

- 2005 -

“ATENÇÃO: ESTA FOLHA NÃO SERÁ DIGITADA”

NOME DA UNIDADE: _____

CÓDIGO DO CENTRO:

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONE(S) : _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

DATA DO PREENCHIMENTO:
Dia Mês Ano

COLE A ETIQUETA AQUI

<p>1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:</p> <p>1.1. Nome da Unidade: _____ Código do Centro: _____ Endereço: _____ _____</p> <p>Município: _____ UF: _____ Telefone: _____ FAX: _____ e-mail: _____</p>	<p><i>Cole a etiqueta aqui</i></p>
<p>1.2. Que tipo de serviço é este?</p> <p>Hospital 1 CAPS 2 Outro 3 IGN 9</p> <p>SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____</p> <p>1.3. O serviço, segundo seu tipo de natureza jurídica, é:</p> <p>Público Federal 1 Público Estadual 2 Público Municipal 3 Privado Lucrativo 4 Filantrópico 5 Outro 6 NA 8 IGN 9</p> <p>SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____</p> <p>2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO:</p> <p>2.1. Quais os tipos de assistência prestados neste serviço? [MARQUE TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAREM]</p> <p>Internação 0002 Serviço de urgência psiquiátrica 0004 Leito de observação diurno 0008 Leito de observação noturno 0016 Atendimento ambulatorial individual 0032 Atendimento domiciliar 0064 Atividade de recreação 0128 Oficinas terapêuticas 0256 Atendimento familiar 0512 Reunião com pacientes 1024 Outros 2048 IGN 9999</p> <p>SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFICAR A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<div style="text-align: center;"> <p>┌</p> <p>└──────────┘</p> <p>┌</p> <p>└──────────┘</p> <p>┌</p> <p>└──────────┘</p> <p>┌</p> <p>└───┬───┬───┬───┘</p> </div>

2.2. Funcionamento do serviço:

A. Qual é o horário de funcionamento?

- Menor que 8 horas/dia 1
Entre 8 horas/dia e 12 horas/dia 2
Entre 12 horas/dia e 24 horas/dia 3
24 horas/dia 4
IGN 9

B. Qual é o período de funcionamento?

[MARQUE TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAREM]

- 2ª a 6ª feira 02
Sábados e domingos 04
Feriados 08
Outros 16
IGN 99

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFICAR A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

2.3. O serviço dispõe de espaço terapêutico para CONVIVÊNCIA E RECREAÇÃO de pacientes com transtornos mentais?

- Sim. Adequado para as atividades 1
Sim. Inadequado para as atividades 2
Não 3
IGN 9

SE SIM, QUE TIPO DE ESPAÇO? _____

2.4. O serviço dispõe de espaço terapêutico exclusivo para OFICINAS OCUPACIONAIS para os pacientes com transtorno mental?

- Sim. Adequado para as atividades 1
Sim. Inadequado para as atividades 2
Não 3
IGN 9

SE SIM, QUE TIPO DE ESPAÇO? _____

2.5. O serviço dispõe de cooperativas de trabalho solidário ou similares que visam o ganho produtivo para os pacientes com transtornos mentais?

Sim 1
Não 2
IGN 9

SE SIM, QUE TIPO DE TRABALHO? _____

2.6. Este serviço dispõe de atendimento aos familiares dos pacientes?

Sim 1
Não 2
IGN 9

SE SIM, QUEM O FAZ? _____

2.7. O responsável pelo atendimento aos familiares (se houver) possui formação específica para esta função?

Sim 1
Não 2
NA 8
IGN 9

SE SIM, QUE TIPO DE FORMAÇÃO? _____

2.8. O serviço estabelece relação com alguma associação de usuário?

Sim 1
Não 2
NA 8
IGN 9

SE SIM, ESPECIFICAR: _____

OBSERVAÇÕES:

<p>3.2. Consultórios:</p> <p>3.2.1. Número de consultórios disponíveis para atendimento individual: _____ [INDIQUE ZERO SE NÃO HOVER]</p> <p>3.2.2. Número de CONSULTAS realizadas nos últimos 3 meses :</p> <p>Psiquiatria: _____</p> <p>Psicologia: _____</p> <p>Clínica médica: _____</p> <p>Terapia ocupacional: _____</p> <p>Assistência social: _____</p> <p>Enfermagem: _____</p> <p>3.2.3. Número de ATIVIDADES DE OFICINA TERAPÊUTICA realizadas nos últimos 3 meses: _____</p> <p>3.2.4. Número de OUTRAS ATIVIDADES EM GRUPO realizadas nos últimos 3 meses: _____</p>	<p>[][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p>	

4 - PROFISSIONAIS:				
4.1. Número de Profissionais:				
	<u>Assistência:</u>			
	Previsto	Existente	Carga Horária Semanal	
Profissionais:				
Psiquiatra:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Psicólogo:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Clínico:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Assistente social:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Médico Residente:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de Enfermagem:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Auxiliar Administrativo:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Auxiliar Laboratório:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Monitores de oficinas e artes:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Estagiários de graduação:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
OUTROS (ESPECIFICAR): _____				
_____				<input type="checkbox"/>
Administração:				
Gerente/Dir.Administrativo:	_____	_____		<input type="checkbox"/>
Diretor Clínico:	_____	_____		<input type="checkbox"/>
Supervisor de enfermagem:	_____	_____		<input type="checkbox"/>
OUTROS (ESPECIFICAR): _____				
_____				<input type="checkbox"/>

<p>4.3. O número de profissionais que compõem a Equipe é:</p> <p>Suficiente 1 Insuficiente 2 Muito insuficiente ... 3 IGN 9</p> <p>POR QUÊ? _____ _____ _____ _____</p> <p>4.4. A capacitação dos profissionais que compõem a Equipe para exercer as atividades propostas é:</p> <p>Muito ruim 1 Ruim 2 Regular 3 Boa 4 Excelente 5 IGN 9</p> <p>POR QUÊ? _____ _____ _____ _____</p> <p>4.5. O serviço ofereceu capacitação aos profissionais que compõem a Equipe NO ÚLTIMO ANO?</p> <p>Sim 1 Não 2 IGN 9</p> <p>SE SIM, ESPECIFICAR: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
---	---

4.6. Este serviço desenvolve atividades de caráter técnico-científico em equipe? [MARQUE TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAREM]

Não 01
 Reuniões técnicas com equipe multidisciplinar 02
 Reuniões científicas para estudo de casos 04
 Outras atividades científicas 08
 IGN 99

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFICAR A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

4.7. Este serviço possui normas de conduta escritas com relação ao uso de drogas, sexo e agressividade dentro da instituição?

Sim 1
 Não 2
 IGN 9

SE SIM: Como a instituição lida com as transgressões às mesmas? _____

5 - DISPONIBILIDADE DE EXAMES LABORATORIAIS (referência interna e externa):

5.1. Realização de exames:

Tipos de Exames	Realização de Exames:			Propriedade:			Espaço Físico:			
	Sim... 1	Não... 2	IGN... 9	Próprio..... 1	Não próprio. 2	IGN..... 9	Interno..... 1	Externo..... 2	IGN..... 9	
Exames sorológicos	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bioquímica	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Radiologia	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sorologia para sífilis	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sorologia para HIV	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sorologia para Hepatites ..	1	2	9	1	2	9	1	2	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A. Problemas encontrados na disponibilidade de exames laboratoriais:

6 - BIOSSEGURANÇA:

6.1. Existe Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em funcionamento?

Sim 1
Não 2
NA 8
IGN 9

6.2. O sistema coletor de lixo funciona sob as normas de biossegurança?

Sim 1
Não 2
IGN 9

6.3. O sistema de esterilização de materiais funciona sob as normas preconizadas?

Sim 1
Não 2
NA 8
IGN 9

A QUESTÃO 6.4 DEVE SER OBSERVADA E RESPONDIDA PELO SUPERVISOR.

6.4. O estado de conservação e higiene das instalações é:

Muito ruim 1
Ruim 2
Regular 3
Bom 4
Excelente 5
NA 8
IGN 9

OBSERVAÇÕES:

7 - EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS:

7.1. Disponibilidade de equipamentos/instrumentos para a realização de exame físico:

<u>Equipamento:</u>	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>
Abaixador de língua	1	2	9
Balança	1	2	9
Esfigmomanômetro	1	2	9
Estetoscópio	1	2	9
Lanterna	1	2	9
Luvras	1	2	9
Otoscópio	1	2	9
Termômetro	1	2	9

7.2. Disponibilidade de equipamentos / instrumentos para atendimento de urgência:

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>
Balão de oxigênio	1	2	9
Laringoscópio	1	2	9
Ambu	1	2	9

OUTROS (ESPECIFICAR): _____

7.3. Disponibilidade de outros equipamentos/instrumentos:

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>
ECT	1	2	9
Equipamento para eletroconvulsoterapia	1	2	9
Faixa de contenção	1	2	9

OUTROS (ESPECIFICAR): _____

A QUESTÃO 7.4 DEVE SER OBSERVADA E RESPONDIDA PELO SUPERVISOR.

7.4. Estado de conservação dos equipamentos e instrumentos:

Muito ruim	1
Ruim	2
Regular	3
Bom	4
Excelente	5
NA.....	8
IGN.....	9

8 - DISPONIBILIDADE DE DOCUMENTOS NORMATIVOS E TÉCNICOS:

8.1. Os itens listados abaixo estão disponíveis no serviço?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>
Acervo bibliográfico (livros técnicos)	1	2	9
Legislação em saúde mental	1	2	9
Manual DST	1	2	9
Acesso à internet pelos profissionais de saúde ...	1	2	9

8.2. Existe projeto terapêutico institucional no serviço?

Não há projeto terapêutico institucional	1
Projeto terapêutico institucional escrito	2
Projeto terapêutico escrito e divulgado entre a equipe	3
Projeto terapêutico escrito e divulgado entre a equipe e pacientes ...	4
Projeto terapêutico escrito e divulgado entre a equipe, pacientes e familiares	5
IGN	9

8.3. Existem critérios no serviço para prescrição de atividades terapêuticas?

Sim	1
Não	2
IGN	9

SE SIM, QUAIS OS CRITÉRIOS? _____

8.4. Há um protocolo específico para o atendimento de cada patologia?

Sim	1
Não	2
IGN	9

SE SIM, PARA QUAIS PATOLOGIAS? _____

9 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO:

9.1. O serviço tem setor de arquivo médico e estatística?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

9.2. Como é a qualidade do registro das informações estatísticas do serviço?

Muito ruim 1
 Ruim 2
 Regular 3
 Boa 4
 Excelente 5
 NA..... 8
 IGN..... 9

9.3. O serviço é informatizado?

Sim. Totalmente 1
 Sim. Parcialmente 2
 Não 3
 IGN 9

10 - MEDICAMENTOS:

10.1. A disponibilidade de medicamentos para atenção em saúde mental é:

Suficiente 1
 Insuficiente 2
 Muito insuficiente 3
 IGN 9

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA: _____

10.2. A disponibilidade de medicamentos para atenção a urgências clínicas é:

Suficiente 1
 Insuficiente 2
 Muito insuficiente 3
 IGN 9

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA: _____

11 - SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA:

11.1. A. O sistema de referência e contra-referência está estruturado?

Sim. Totalmente 1
 Sim. Parcialmente 2
 Não 3
 IGN 9

B. O Sistema de REFERÊNCIA é:

Satisfatório 1
 Pouco satisfatório 2
 Insatisfatório 3
 NA 8
 IGN 9

C. O Sistema de CONTRA-REFERÊNCIA é:

Satisfatório 1
 Pouco satisfatório 2
 Insatisfatório 3
 NA 8
 IGN 9

11.2. Encaminha para que tipos de serviços:

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
Abrigo	1	2	8	9
Ambulatório de clínica médica	1	2	8	9
Ambulatório de saúde mental	1	2	8	9
Ambulatório de outras especialidades médicas ...	1	2	8	9
CAPS	1	2	8	9
Casas de Apoio	1	2	8	9
Hospital-Dia	1	2	8	9
Hospital de clínica médica	1	2	8	9
Hospital psiquiátrico	1	2	8	9
Lares abrigados	1	2	8	9
Serviço de Assistência Especializada (HIV/Aids) .	1	2	8	9
Serviços de Assistência em DST	1	2	8	9

11.3. Problemas encontrados no sistema de referência e contra-referência :

12 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO:

12.1. Existem programas de educação sexual na instituição?

- Sim 1
 Não 2
 IGN 9

SE SIM, QUAIS PROGRAMAS? _____

12.2. A. Existem programas/atividades de educação específicos para DSTs?

- Sim 1
 Não 2
 IGN 9

B. Se SIM, estes programas são:

- Satisfatórios 1
 Pouco satisfatórios 2
 Insatisfatórios 3
 NA 8
 IGN 9

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA: _____

12.3. Qual é o comportamento do serviço em relação aos indivíduos sabidamente portadores de DSTs?

[MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]

HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C	Outras DSTs
_____	_____	_____	_____	_____

- Não faz nada 1
 Informa o paciente sobre os serviços especializados 2
 Encaminha o paciente para serviços especializados 3
 Encaminha o paciente e agenda consultas em serviços especializados 4
 Encaminha o paciente, agenda consultas e o transporta até os serviços especializados 5
 Trata na instituição 6
 NA 8
 IGN 9

13 - GARANTIA DOS DIREITOS INDIVIDUAIS DO PACIENTE

13.1. É garantida a inviolabilidade de correspondência ao paciente?

- Sim 1
 Não 2
 NA 8
 IGN 9

13.2. Qual é a frequência semanal de visitas permitida ao paciente?

- Uma vez por semana 01
 Duas vezes por semana 02
 Três vezes por semana 03
 Quatro vezes por semana 04
 Cinco vezes por semana 05
 Seis vezes por semana 06
 Sete vezes por semana 07
 Proíbe visitas 08
 NA 88
 IGN 99

13.3. O serviço dispõe de algum mecanismo para registro de queixas do paciente?

- Sim 1
 Não 2
 NA 8
 IGN 9

SE SIM, QUAL O MECANISMO? _____

SE NÃO, JUSTIFIQUE: _____

13.4. A instituição possui cela forte ou outros espaços restritivos / punitivos?

- Sim 1
 Não 2
 NA 8
 IGN 9

Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional



- PROJETO PESSOAS -
(Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental)

Coordenação e Execução:

**Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde
GPEAS/UFMG**

Apoio:

Programa Nacional de DST/Aids

Área Técnica de Saúde Mental

Ministério da Saúde

TREINAMENTO: 1 a 3 DE FEVEREIRO DE 2006

RECONHECENDO O MATERIAL

- 01 Programa do Treinamento
- 02 Instrutivo do Protocolo
- 03 Exemplo de 'Planilha de Seleção
- 04 Exemplo de Etiquetas
- 05 Controle Individual de procedimentos
- 06 Anexo 1
- 07 Anexo 2
- 08 Manual de Instruções dos Anexos
- 09 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Etapa Quantitativa)
- 10 Perfil do Aconselhador
- 11 "Guia para Profissionais de Saúde Mental"
- 12 Entrevista Semi-Estruturada *
- 13 Manual de Instruções da Entrevista Semi-Estruturada *
- 14 Cartões das Questões 4.6 e 4.7
- 15 Questionário de Avaliação do Serviço de Saúde *
- 16 Manual de Instruções do Questionário de Avaliação do Serviço de Saúde *
- 17 Exemplo do 'Controle das Amostras de Sangue'
- 18 Manual de Instruções para Coleta de Sangue
- 19 Fluxograma de coleta de sangue
- 20 Exemplo do 'Controle Global de procedimentos'
- 21 Entrevista Semi-Estruturada a ser utilizada na Dinâmica **
- 22 Cópia da Aprovação do COEP/UFMG
- 23 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Etapa Qualitativa) ***

RECONHECENDO O MATERIAL

PARTICIPANTE

Uma entrevista
Um anexo 1
Um anexo 2
Um consentimento
Conjunto de etiquetas
Material de coleta de sangue

CENTRO

Uma planilha de seleção
Um questionário de avaliação de serviços
Uma planilha de controle individual
Uma planilha de controle global
Uma planilha de controle de coleta de sangue
Instrutivos

PROTOCOLO PESQUISA QUANTITATIVA

- *Etapa 1: Seleção aleatória do paciente*
- *Etapa 2: Avaliação preliminar do paciente*
- *Etapa 3: Convite, Consentimento, Aconselhamento*
- *Etapa 4: Entrevista*
- *Etapa 5: Coleta de dados prontuários*
- *Etapa 6: Codificação e Verificação*
- *Etapa 7: Repetição de 4,5 e 6 para 5% dos participantes*
- *Etapa 8: Coleta de sangue*
- *Etapa 9: Questionário de avaliação do serviço*
- *Etapa 10: Encaminhamento do material para GPEAS*
- *Etapa 11: Encaminhamento dos soros para FUNED*
- *Etapa 12: Realização de Exames FUNED*
- *Etapa 13: Digitações e Análise GPEAS*
- *Etapa 14: Devolução dos resultados*

PROTOCOLO

Etapa 1: Seleção aleatória do participante

1. Seguir planilha pré-definida e selecionar aqueles indicados com “SIM” (ITEM DO CHECK LIST 03)
2. VERIFICAR CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
3. Recomendação: Identificar todo o material para cada paciente com as etiquetas (ITEM 04) na medida em que o mesmo é selecionado e colocar no envelope pardo (ITEM 27). EXCETO LABORATÓRIO
4. Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Seleção do paciente: SIM



PLANILHA DE CONTROLE INDIVIDUAL DE PROCEDIMENTOS (ITEM 05)

CENTRO	ORDEM	IDENT	Seleção Paciente	Avaliação Preliminar 0000	Convite
01	0004	0001			
01	0005	0002			
01	0011	0003			
01	0012	0004			
01	0016	0005			
01	0017	0006			

CENTRO: 01
ORDEM: 0004
IDENT: 0001

PROTOCOLO

ONDE AFIXAR AS ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO

Anexo 1 – CONTROLE DOS PACIENTES SELECIONADOS (ITEM 06)

Anexo 2 – CONTROLE DOS AGENDAMENTOS (ITEM 07)

CONSENTIMENTO (DUAS VIAS) (ITENS 09, 23)

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (ITEM 12)

CAPA

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

PÁGINA 3

TUBO DE COLETA DE SANGUE (SOMENTE NA HORA DA COLETA)

PROTOCOLO

Etapa 2: Avaliação preliminar do paciente

PARTE A DO ANEXO 1: (ITENS 06, 08)

Avaliação objetiva

Avaliação subjetiva do entrevistador

Paciente em condições de ser entrevistado ?

SE SIM EM 2.2:

1. Prosseguir para Etapa 3
2. *Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Avaliação preliminar: APTO*

SE NÃO:

1. Repetir até três vezes **no máximo!**
2. Após a terceira tentativa, **ENCERRAR** este paciente
3. *Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Avaliação preliminar: NÃO APTO*

PROTOCOLO

Etapa 3: Convite, Consentimento e Aconselhamento

PARTE B DO ANEXO 1: (ITENS 06, 08)

1. Leitura dinâmica do **CONSENTIMENTO** (ITEM 09)
2. Seguir aconselhamento padrão (ITENS 10, 11)

APÓS ASSINAR TERMO DE CONSENTIMENTO:

3. Agendar entrevista - ANEXO 2: (ITENS 07, 08) e prosseguir para Etapa 4:
4. *Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Consentimento: SIM*

SE NÃO CONCORDAR:

1. Tentar até três vezes no máximo (BOM SENSO!)
2. Após a terceira tentativa, **ENCERRAR**
3. *Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Consentimento: NÃO*

PARA AS DUAS SITUAÇÕES PREENCHER PARTE B DO ANEXO 1 EM ESPECIAL O MOTIVO DA NÃO CONCORDÂNCIA

PROTOCOLO

Etapa 4 e 5: Entrevista Semi-estruturada e Dados de Prontuário

1. Verificar que a entrevista (ITEM 12) esteja corretamente identificada (ATENÇÃO)
 - ✓ SE PRIMEIRA ENTREVISTA: Use código 1 na questão 1.3.A
2. Seguir instruções da entrevista (ITEM 13) para as Partes 1 a 4
3. Complementar dados do prontuário (Parte 5)
4. PREENCHER PARTE D - ANEXO 1
5. Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Entrevista para todos: SIM ou NÃO

O NÃO COMPARECIMENTO DEVE RETROALIMENTAR O ANEXO 2 (ITENS 07, 08) ATÉ NO MÁXIMO TRÊS VEZES

PROTOCOLO

Etapa 6: CODIFICAÇÃO E VERIFICAÇÃO

1. RECOMENDAMOS QUE A CODIFICAÇÃO SEJA FEITA LOGO APÓS A ENTREVISTA OU PESQUISA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS
2. Verificar códigos ATENTAMENTE nos instrutivos (ITENS 13, 15, 23, 24)
3. REVER codificação antes de encerrar!!
4. Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Codificação: SIM ou NÃO

PROTOCOLO

Etapa 7: REPETIÇÃO Entrevistas

1. **A cada 20 entrevistas agendar uma REENTREVISTA (ANEXO 2) (ITEM 07)**
2. Identificar questionário (ATENÇÃO)
 - ✓ REPETIÇÃO ENTREVISTADOR DIFERENTE (Código 2)
 - ✓ REPETIÇÃO MESMO ENTREVISTADOR (Código 3)
3. Seguir AS MESMAS das etapas 4, 5 e 6
4. Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Reentrevista para todos: SIM ou NÃO
5. PREENCHER ANEXO 1 - PARTE D (ITEM 06)

PROTOCOLO

Etapa 8: Coleta de Sangue

1. Definir o coletor:
CTAs, Programas DST/Aids, Outra referência, Próprio centro
2. Estabelecer dinâmica de coleta em comum acordo com o coletor:
Simultaneamente com as entrevistas ou
Agendamento prévio de determinado número
(Recomendamos que isto ocorra no máximo semanalmente)
3. Agendar e preencher Anexo 2 e Parte C do Anexo 1 (ITENS 06, 07)
4. Seguir procedimento padrão definido: (ITENS 18, 19)
Identificação > coleta > centrifugação > armazenamento
5. Preencher planilha de controle de coleta de sangue (ITEM 17)
6. Preencher planilha de controle individual de procedimentos (ITEM 05) Coleta de sangue: SIM ou NÃO

PROTOCOLO

Etapa 9: Questionário de avaliação de serviços

1. Identificar respondentes e agendar
2. Identificar questionário corretamente (ATENÇÃO) (ITEM 15)
3. Seguir instruções (ITEM 16)
4. Logo após terminar o preenchimento: CODIFICAR
5. Preencher planilha de controle global de procedimentos (ITEM 20) Questionário de avaliação: SIM ou NÃO

PROTOCOLO

Etapa 10: Encaminhamento para GPEAS

Utilizar o controle global de procedimentos (ITEM 20) para finalizar a pesquisa e encaminhar:

1. Anexos 1 e 2
2. Planilha de controle individual de procedimentos
3. Planilha de controle global de procedimentos
4. Planilha de controle de coleta de sangue
5. Consentimentos
6. Entrevistas
7. Questionário de avaliação de serviços
8. Relatório

PROTOCOLO

Etapa 11: ENCAMINHAMENTO dos soros para FUNED

SEGUIR FLUXOGRAMA DE COLETA DE SANGUE (ITEM 19)

- 1. Completou coleta ?**
- 2. Preencheu planilha de controle de coleta e anexos ?**
- 3. Preparar a planilha de controle de coleta de sangue (ITEM 17) EXCLUINDO NOMES**
- 4. Supervisor comunica a Coordenação de Campo do Projeto QUE SOROS ESTÃO PRONTOS**

PROTOCOLO

Etapa 11: ENCAMINHAMENTO dos soros para FUNED

SEGUIR FLUXOGRAMA DE COLETA DE SANGUE (ITEM 19)

- 5. Coordenação aciona PN DST/Aids (ULAB – Lilian Inocêncio)**
- 6. ULAB aciona voetur**
- 7. Voetur agenda com supervisor e busca soros acompanhados de planilha de controle de coleta de sangue (ITEM 17) SEM NOMES.**
- 8. Supervisor comunica a Coordenação de Campo do Projeto que soros foram enviados indicando data e hora (ITENS 17, 18, 19)**
- 9. FUNED comunica que recebeu e checa condições do material**

PROTOCOLO

Etapa 14: RETORNO DOS RESULTADOS

1. FUNED REALIZA EXAMES

- 2. Resultados são repassados para a coordenação do projeto em planilha pré-preparada sem nomes e com laudos individuais assinados*
- 3. Coordenação do projeto encaminha aos supervisores lista com resultados e laudos assinados pela FUNED*
- 4. Supervisores comunicam resultado aos pacientes seguindo aconselhamento pós-teste*
- 5. Pacientes com algum resultado positivo devem ser encaminhados para os serviços de referência para confirmação e propedêutica*

RELATÓRIO FINAL

- ✓ IMPRESSÕES GERAIS**
- ✓ AVALIAÇÃO DE CADA ETAPA**
- ✓ PROBLEMAS MAIS IMPORTANTES**
- ✓ APRECIÇÃO FINAL**

ANEXO 2 - CONTROLE DE AGENDAMENTO	
CENTRO: _____ NÚMERO DE ORDEM: _____ NÚMERO DE IDENT: _____	<i>Cole a etiqueta de IDENT aqui</i>
1. O paciente selecionado é participante? Sim..... 1 Não..... 2	<input type="checkbox"/>
2. O participante foi reentrevistado? Sim..... 1 Não..... 2 SE SIM PARA 2: A. A reentrevista foi realizada com: O mesmo entrevistador..... 1 Com outro entrevistador..... 2 NA..... 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PRIMEIRA ENTREVISTA					
	Data	Compareceu/ Localizado	Lembrado	Conduta	Justificativa
1ª Tentativa					
2ª Tentativa					
3ª Tentativa					
Entrevistador: _____ <input type="checkbox"/>					

SEGUNDA ENTREVISTA					
	Data	Compareceu/ Localizado	Lembrado	Conduta	Justificativa
1ª Tentativa					
2ª Tentativa					
3ª Tentativa					
Entrevistador: _____ <input type="checkbox"/>					

IDENT:

EXAMES LABORATORIAIS

3. Paciente CONCORDOU em realizar exames para:

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	
HIV / Aids	1	2	<input type="checkbox"/>
Hepatite B	1	2	<input type="checkbox"/>
Hepatite C	1	2	<input type="checkbox"/>
Sífilis	1	2	<input type="checkbox"/>

COLETA DE SANGUE

	Data	Compareceu/ Localizado	Lembrado	Conduta	Justificativa
1ª Tentativa					
2ª Tentativa					
3ª Tentativa					

Responsável pela coleta: _____

Data da Coleta: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS PARA PACIENTES PSIQUÁTRICOS

SUELY BROXADO DE OLIVEIRA

Para *McKINNON* (1996), uma avaliação de comportamento de risco deve conter as seguintes informações :

- ↯ *freqüência de intercurso sexual (vaginal, anal, oral);*
- ↯ *número, gênero e riscos conhecidos para o HIV dos parceiros sexuais;*
- ↯ *se o paciente costuma trocar sexo por dinheiro, drogas, abrigo, cigarros, etc.;*
- ↯ *história passada e sintomas atuais de doenças sexualmente transmissíveis;*
- ↯ *uso de preservativos e outros métodos contraceptivos;*
- ↯ *uso de drogas, particularmente aquelas que são injetadas e inaladas;*
- ↯ *compartilhamento de agulhas, seringas e outros equipamentos de injeção.*

O QUE É ACONSELHAMENTO ?



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.



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.



No 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* a pessoa a expressar as emoções, decorrentes do seu problema de saúde, a verbalizar suas dúvidas e angústias decorrentes de situações de risco que vivenciou e a traçar alternativas de redução de risco mais adequadas para si.

Quando recomendar a testagem sorológica para o HIV em usuários de Saúde Mental?



- 1) Se o paciente pedir para ser testado;**
- 2) Se após avaliação de comportamento de risco este apresentar fatores que o torna vulnerável ao HIV;**
- 3) Se o paciente possuir sintomas psiquiátricos que sugerem uma etiologia orgânica (diagnóstico diferencial);**
- 4) Se o paciente tiver um teste de PPD positivo.**



Aconselhamento em Saúde Mental

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.

É fundamental para o aconselhador...:

- Possuir conhecimentos atualizados sobre DST/HIV/AIDS;
- Estar devidamente capacitado;
- Valorizar o que o usuário pensa e sabe;
- Perceber a real demanda do usuário;
- Identificar as crenças e valores do usuário acerca das DST/HIV/AIDS;
- Utilizar linguagem compatível com a cultura do usuário;
- Respeitar a singularidade de cada usuário;
- Avaliar o grau de vulnerabilidade ao HIV daquele usuário;
- Identificar o que é ou não viável para o usuário naquele momento;
- Identificar possíveis barreiras para mudança de comportamento ante às situações de risco;
- Contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de risco;
- Identificar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e ajudá-lo a superá-las;
- Ajudá-lo a reconhecer sua responsabilidade e possibilidades de lidar com o viver com AIDS;
- Estimular auto-estima e auto-confiança;
- Lembrar que a utilização de álcool e outras drogas (lícitas ou ilícitas) pode alterar a percepção de risco;
- E, principalmente, ter especial disponibilidade para reconhecer suas próprias limitações e potencialidades.



Conteúdos recomendados para as sessões de aconselhamento Pré-Teste

- ⌘ 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 intervenção médica;
- ⌘ A natureza voluntária do teste, observando que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento;
 - ⌘ A opção de outra testagem confidencial ou anônima;
- ⌘ Circunstâncias nas quais o resultado pode ser revelado, se necessário.
 - ⌘ A natureza da AIDS e doenças relacionadas ao HIV;
 - ⌘ Fatores de risco individuais do paciente.
 - ⌘ Planos do paciente sobre receber o resultado positivo ou negativo;
- ⌘ Problemas de discriminação que a revelação do resultado do teste pode causar e proteções legais contra tal discriminação;
- ⌘ Atividades conhecidas atribuídas ao risco de infecção pelo HIV;

Aconselhamento em Saúde Mental



Aconselhamento Pré-Teste

- Para Oquendo e Tricarico (1996), 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.
- 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.

Recomendações para o Aconselhamento Pós-teste



Resultado Negativo :

- É importante ressaltar que ele não está livre de contrair o vírus se não tomar as medidas de precaução necessárias dali por diante.
- 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;
- Rever todas as formas de transmissão e prevenção da doença (pontos abordados no aconselhamento pré-teste).



Recomendações para o Aconselhamento Pós-teste

Resultado Positivo :

- **Trabalhar para que possa enfrentar as conseqüências emocionais quando conhecer o resultado;**
- **Considerar problemas de discriminação que surjam a partir do resultado;**
- **Orientar para mudança de comportamento afim de prevenir a transmissão e contração do vírus HIV;**
- **Informar a pessoa sobre os tratamentos disponíveis, e;**
- **Considerando o teste, os sujeitos necessitam notificar seus contatos de risco.**

Em geral, é necessário orientar o paciente quanto ao sigilo do resultado do teste, respeitando sua individualidade, garantindo, assim, sua cidadania.

Aconselhamento em Saúde Mental

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.**
 - **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 o que compreendeu sobre o resultado e deve corrigir qualquer mal entendido.**



**PROJETO
PESSOAS**

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA
COLETA DE SANGUE**

APOIO:
Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS
Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

- 2005 -

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE SANGUE

1. INTRODUÇÃO:

O projeto PESSOAS irá oferecer aos participantes a oportunidade de realizar exames para sífilis, hepatites B e C, e HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Aqueles que concordarem terão 10 ml de sangue coletados que deverão ser processados para separação de alíquota de soro para realização dos exames específicos.

Após a alíquotação, os frascos deverão ser identificados e estocados a pelo menos -20°C seguindo protocolo pré-estabelecido. Os soros serão enviados para a central de laboratório, Laboratório Central de Saúde Pública - Instituto Octávio Magalhães, Fundação Ezequiel Dias (LACEN-FUNED), onde os exames serão processados.

O diagnóstico sorológico de reatividade para sífilis será feito em duas etapas. A primeira será o teste do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e será expresso em diluições sucessivas. Aqueles testes reativos em qualquer diluição serão confirmados pelo teste de FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*). Serão considerados positivos aqueles pacientes com os dois testes reativos. De maneira semelhante, os pacientes serão testados para o HIV, seguindo protocolo do Ministério da Saúde, (Portaria nº 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003), utilizando-se de um teste Elisa. Aqueles positivos terão confirmação realizada por meio do Western Blot. Para a Hepatite B serão pesquisados os marcadores Anti-HBc e HbsAg, enquanto que, para Hepatite C será feita pesquisa de anti-HCV (ELISA). Em todos os exames serão utilizadas técnicas padronizadas e disponíveis no mercado.

Os exames serão realizados em laboratório de pesquisa indicado pelo Programa Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde (PN DST/Aids/MS). Todo o trabalho de coleta, processamento, armazenamento, transporte e realização dos exames ficará a cargo do PN DST/Aids/MS, em estreita interação com a Coordenação Geral do projeto.

O conhecimento teórico das técnicas de coleta de sangue pode ser obtido em cursos teórico-científicos. Porém, o conhecimento prático sobre coleta e as reações que poderão ocorrer durante este procedimento são adquiridos, geralmente, por meio de experiência profissional ou informações prestadas por outros profissionais.

Os técnicos da área de coleta de sangue sabem que as chamadas "veias difíceis" não constituirão problema, desde que profissionais com experiência prática forneçam orientações e detalhes sobre o procedimento mais adequado.

2. OBJETIVO:

O objetivo principal do projeto consiste na determinação da prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em usuários de serviço de saúde mental, hospitais psiquiátricos (HP) e serviços substitutivos públicos (CAPS), obtidos a partir de amostra representativa nacional.

Este manual tem a finalidade de fornecer informações para os procedimentos de coleta, identificação e encaminhamento das amostras de sangue para o laboratório central de referência (LACEN-FUNED) para a realização das testagens sorológicas.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Farão parte do estudo os HP e CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde até janeiro de 2004. São elegíveis para o estudo pacientes em acompanhamento nos CAPS ou internados nos HP durante o

período do estudo. Os pacientes serão selecionados aleatoriamente seguindo sequência pré-determinada. Não serão incluídos pacientes em atendimento nos serviços de emergência bem como nos locais de curta permanência, por inviabilizar os procedimentos do estudo.

Nos hospitais psiquiátricos, os pacientes serão abordados a partir do 7º dia de internação, exatamente para garantir um maior grau de estabilidade clínica do paciente. Pacientes que tenham realizado internação involuntária não serão convidados a participar da pesquisa.

O paciente curatelado poderá participar da pesquisa. O entrevistador deverá conversar com o responsável pelo paciente e com o mesmo. O responsável legal poderá assinar o consentimento pelo paciente, mas este deverá estar claramente de acordo com a sua participação no projeto.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG; ETIC125/03) e pelos respectivos Comitês de Ética de cada centro selecionado e outras instâncias que se fizeram necessárias.

É importante que todos os profissionais envolvidos na pesquisa, em todos os setores dos centros selecionados ou dos laboratórios, estejam atentos à questão do sigilo com relação aos pacientes incluídos no estudo.

5. PERÍODO DA COLETA

O período de coleta será de aproximadamente 1 (um) mês, podendo se prolongar naqueles centros que não estão funcionando na capacidade máxima.

6. NÚMERO DE AMOSTRAS

O número amostral final de participantes foi calculado em 3.400 participantes. O número de participantes de cada centro é determinado por meio de análise estatística. Todo o cuidado deve ser dispensado visando reduzir a perda de amostras de sangue.

7. MATERIAL A SER COLETADO

Os pacientes selecionados para a testagem sorológica terão 8 ml de sangue periférico coletados, em dois tubos de ensaio com gel separador, que deverão ser processados para a realização dos testes específicos. Após centrifugação o soro deverá ser transferido para um segundo tubo sem gel separador.

8. IDENTIFICAÇÃO / CODIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

Os centros participantes do estudo receberão, dentre os materiais necessários para a coleta de sangue, uma planilha com os respectivos números do CENTRO (código próprio para cada centro), de ORDEM (código da ordem de seleção do participante em cada serviço) e de identificação do paciente pesquisado (IDENT - código único de cada participante da pesquisa), além das respectivas etiquetas de identificação das amostras. Estas etiquetas deverão ser usadas para identificar os tubos que serão encaminhados ao laboratório de referência. Os pacientes selecionados para o estudo receberão, logo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o seu número de identificação (IDENT). Na planilha (vide abaixo), deverá ser assinalada, no espaço apropriado com o número de identificação da amostra, a data da coleta do material,

o nome do coletor do material (de forma legível), a data do envio do material para o Laboratório de Referência, e, se necessário, alguma observação pertinente. É muito importante que a correta anotação seja realizada logo após o processo da coleta, armazenamento e envio do material ao Laboratório de Referência, pois, somente o registro de todo o processo poderá esclarecer eventuais dúvidas e problemas. **É NECESSÁRIO CONFERIR NÚMERO DE ORDEM E IDENT PARA TODOS OS PASSOS DO PROCESSO DE COLETA.**

Exemplo de planilha:

PROJETO PESSOAS - Controle das Amostras de Sangue Coletadas e Enviadas à FUNED - CONTROLE DO SUPERVISOR CENTRO: Hospital Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - Manaus/AM						
CENTRO	ORDEM	IDENT	Nome Participante	Nome Coletor	Data Envio à FUNED	Observações
01	0004	0001				
01	0005	0002				
01	0011	0003				
01	0012	0004				

9. PROCEDIMENTOS DE BIOSSEGURANÇA

- Procure redobrar as suas precauções, pois esses materiais são potencialmente infectantes;
- Use sempre avental ou jaleco longo e de mangas compridas, luvas descartáveis, óculos de proteção e máscara;
- Procure sempre abrir tubos contendo sangue ou soro envolvendo previamente a tampa em gaze evitando assim a inalação de aerossóis;
- Jamais reencape agulhas. Esse procedimento é uma das principais causas de acidentes com material biológico em profissionais de saúde. Após a coleta você deve descartar esse material em recipiente com paredes rígidas, Descarpac ® (caixa de descarte), contendo hipoclorito de sódio a 2%.

10. TÉCNICA PARA COLETA DE SANGUE

A) Recepção

Antes da coleta do material, o paciente deverá ser convidado a participar do estudo, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Somente após o devido esclarecimento do paciente sobre a pesquisa, seus possíveis riscos e benefícios, o paciente terá seu sangue coletado.

O participante da pesquisa deve ser recebido de forma cortês e segura. Profissionalismo é importante para que o participante tenha uma boa primeira impressão. Sorria, seja amigável, mas seja profissional.

Fale com o paciente, dedique atenção e explique os procedimentos de coleta que serão realizados. Converse e ele se sentirá mais seguro e confiante, facilitando o contato e o processo em si.

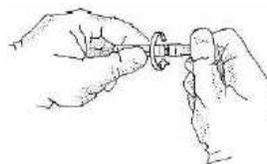
B) Posicionamento do braço

O braço do paciente deve ser posicionado em uma linha reta do ombro ao punho, de maneira que as veias fiquem mais acessíveis e o paciente o mais confortável possível. O cotovelo não deve estar dobrado e a palma da mão voltada para cima.

C) Garroteamento

O garrote é utilizado durante a coleta de sangue para facilitar a localização das veias, tornando-as proeminentes. O garrote deve ser colocado no braço do paciente próximo ao local da punção (4 a 5 dedos ou 10 cm acima do local de punção), sendo que o fluxo arterial não poderá ser interrompido. Para tal, basta verificar a pulsação do paciente. Mesmo garroteado, o pulso deverá continuar palpável. O garrote não deve ser deixado no braço do paciente por mais de um minuto. Deve-se retirar ou afrouxar o garrote logo após a venipunção, pois o

garroteamento prolongado pode acarretar alterações nas análises.



D) Seleção da região de punção

A regra básica para uma punção bem sucedida é examinar cuidadosamente o braço do paciente. As características individuais de cada um poderão ser reconhecidas através de exame visual e/ou palpação das veias. Deve-se sempre que for realizar uma venipunção, escolher as veias do braço para a mão, pois neste sentido encontram-se as veias de maior calibre e em locais menos sensíveis à dor.

Escolher uma região de punção envolve algumas considerações:

1. Selecionar uma veia que é facilmente palpável;
2. Não selecionar um local no braço ao lado de uma mastectomia;
3. Não selecionar um local no braço onde o paciente foi submetido a uma infusão intravenosa;
4. Não selecionar um local com hematoma, edema ou contusão;
5. Não selecionar um local com múltiplas punções.

TENTE ISTO, se tiver dificuldade em localizar uma veia:

- Recomenda-se utilizar uma bolsa de água quente por mais ou menos cinco minutos sobre o local da punção e em seguida garrotear;
- Nos casos mais complicados, colocar o paciente deitado com o braço acomodado ao lado do corpo e garrotear com o esfigmomanômetro (em P.A. média) durante um minuto
- NUNCA aplicar "tapinhas" no local a ser punccionado, principalmente em idosos; pois se forem portadores de ateroma, poderá haver deslocamentos das placas acarretando sérias conseqüências.

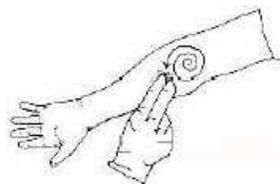
E) Técnica para coleta de sangue a vácuo

Antes de iniciar uma venipunção, certificar-se de que o material abaixo será de fácil acesso:

01. Tubos necessários à coleta;
02. Etiqueta para identificação do paciente;
03. Luvas;
04. Swabs ou mecha de algodão embebida em álcool etílico a 70%;
05. Gaze seca e estéril;
06. Agulhas múltiplas;
07. Adaptador para coleta a vácuo;
08. Garrote;
09. Bandagem, esparadrapo;
10. Descartador de agulhas.

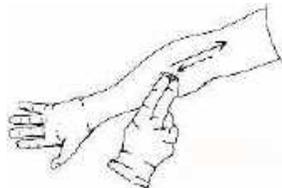
Após o material estar preparado, iniciar a venipunção:

01. Lavar e secar as mãos;
02. Calçar luvas;
03. Fazer antisepsia do local da punção;
04. Inicialmente, do centro do local de perfuração para fora, em sentido espiral e após, de baixo para cima, forçando uma vascularização local. Faça a anti-sepsia da região com algodão umedecido em álcool a 70%.



NUNCA toque o local da punção após antisepsia, exceto com luvas estéreis.

05. Remover a capa inferior da agulha múltipla.



06. Conectá-la ao adaptador. Estar certo de que a agulha esteja firme para assegurar que não solte durante o uso. Remover a capa superior da

agulha múltipla, mantendo o bisel voltado para cima.

07. Colocar o

adaptador
na palma da

mão e segurar firmemente entre o indicador e o polegar

09. No ato da punção, com o indicador ou polegar de uma das mãos esticar a pele do paciente firmando veia escolhida e com o sistema agulha-adaptador na outra mão, puncionar a veia com precisão e rapidez (movimento único).

10. O sistema agulha-adaptador deve estar em um ângulo de coleta de 15° em relação ao braço do paciente.

11. Segurar firmemente o sistema agulha-adaptador com uma das mãos e com a outra, pegar o tubo de coleta a ser utilizado e conectá-lo ao adaptador.

NOTA: Sempre que possível, a mão que estiver puncionando deverá controlar o sistema, pois durante a coleta, a mudança de mão poderá provocar alteração indevida na posição da agulha

12. Com o tubo de coleta dentro do adaptador, pressione-o com o polegar, até que a tampa tenha sido penetrada

NOTA: Sempre manter o tubo pressionado pelo polegar assegurando um ótimo preenchimento.

13. Tão logo o sangue flua para dentro do tubo coletor, o garrote deve ser retirado. Porém, se a veia for muito fina o garrote poderá ser mantido.

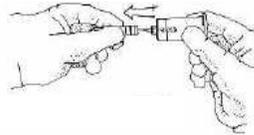
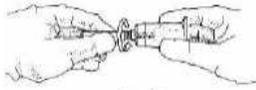
14. Quando o tubo estiver cheio e o fluxo sanguíneo cessar, remova-o do adaptador.

Homogeneize o tubo, gentilmente por inversão (4 a 6 vezes)

NOTA:

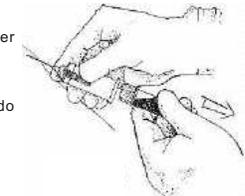
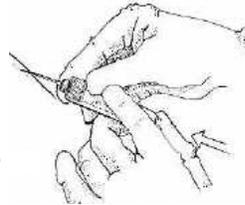
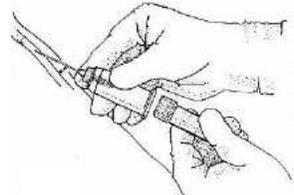
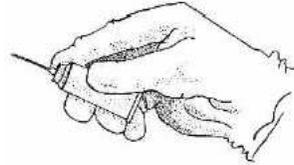
- a) Agitar vigorosamente pode causar espuma ou hemólise.
- b) Não homogeneizar ou homogeneizar insuficientemente os tubos de sorologia pode resultar em uma demora na coagulação.

15. Retire a agulha



garrote

sistema agulha-
deve ser apoiado na



16. Com uma mecha de algodão exercer pressão sobre o local da punção, sem dobrar o braço, até parar de sangrar

17. A agulha deve ser descartada em recipiente próprio para materiais infecto-contaminantes.



F) Cuidados básicos com o paciente após a coleta

1. *Pacientes idosos ou em uso de anticoagulantes*: manter pressão sobre o local de punção por cerca de 3 minutos ou até parar o sangramento.
2. Orientar para não carregar peso imediatamente após a coleta.
3. Observar se não está usando relógio, pulseira ou mesmo vestimenta que possa estar garroteando o braço punccionado. Retirá-los durante o procedimento.
4. Orientar para não massagear o local da punção enquanto este for pressionado.
5. A compressão do local de punção é de responsabilidade do coletor. Se não puder executá-lo, deverá estar atento à maneira do paciente fazê-lo.

11. DIFICULDADES NA COLETA

Algumas dificuldades podem surgir pela inexperiência do uso do sistema a vácuo, sendo a mais freqüente a falta de fluxo sanguíneo para dentro do tubo. Possíveis causas:

01. A punção foi muito profunda e transfixou a veia

Solução: retrain a agulha.

02. A agulha se localizou ao lado da veia, sem atingir a luz do vaso.

Solução: apalpar a veia, localizar sua trajetória e corrigir o posicionamento da agulha, aprofundando-a.

03. Aderência do bisel na parede interna da veia.

Solução: desconectar o tubo, girar suavemente o adaptador, liberando o bisel e reiniciar a coleta.

04. Colapso da veia.

Solução: diminuir a pressão do garrote.

Outras situações podem ser criadas no momento da coleta, dificultando-a:

- a) Agulha de calibre incompatível com a veia.
- b) Estase venosa devido a garroteamento prolongado.
- c) Bisel voltado para baixo.



12. SEPARAÇÃO DO SORO

Após a coleta, deixe o sangue à temperatura ambiente até a retração espontânea do coágulo (tempo máximo de três horas). Após este período o sangue pode hemolisar.

Certifique-se que o tubo esteja adequadamente fechado.

Centrifugue o sangue por dez minutos a 1.500 rpm e, após a completa parada da centrifuga, retire o tubo.

Com a utilização de tubo com gel separador, o soro estará, ao final da centrifugação, isolado dos componentes celulares do sangue, impedindo a sua mistura com sangue hemolisado. Logo após a centrifugação, transferir o soro para o tubo final (de plástico, sem gel separador) a ser congelado para armazenamento e posterior envio para

a FUNED.

13. ESTOCAGEM DO SORO

Após a centrifugação, as amostras de soro, devidamente identificadas e acondicionadas nos tubos de plástico sem gel separador, devem ser congeladas e estocadas em freezer (temperatura de congelamento de -15°C a -20°C). As amostras poderão ficar em geladeira comum em temperatura entre +4°C e +8°C, pelo período máximo de 48 horas antes do congelamento. **Os tubos com soro somente poderão ser descongelados uma única vez.** Detalhamento desta etapa para cada centro será discutido durante o treinamento.

14. ENVIO DAS AMOSTRAS

Após o término do processamento das amostras, com o seu congelamento, o supervisor local deverá providenciar o seu envio ao laboratório de referência, sendo que, a frequência do envio será determinada pela coordenação do estudo. O envio das amostras deverá ser realizado, **preferencialmente**, no início de cada semana (segundas e terças-feiras), para fins de agilização do transporte, evitando-se, assim, a possibilidade de descongelamento das amostras por interrupção do transporte nos finais de semana e feriados.

Para transportar o soro você vai precisar dos seguintes materiais:

- * estante para os tubos
- * caixa térmica de isopor
- * gelo reciclável
- * fita adesiva

Estando o material pronto para envio, proceda da seguinte forma:

1. Contactar a **Coordenação de Campo** (Ver item 15 deste Manual para *Contatos*)
2. Aguardar contato da VOETUR.
3. Agendar com VOETUR o dia para envio do material para a FUNED.

No dia agendado (após chegada da VOETUR):

1. Coloque na caixa de isopor o nome e endereço completo CENTRO remetente.
2. Coloque na caixa de isopor o nome e endereço completo do destinatário (**LACEN/MG - Fundação Ezequiel Dias - FUNED**);
3. Coloque gelo reciclável no fundo e nas paredes da caixa de isopor.
4. Coloque os tubos na estante e esta dentro do isopor em posição.
5. Feche a caixa térmica de isopor e vede com fita adesiva.

15. CONTATOS

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO PESSOAS:

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Projeto PESSOAS
Departamento de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Medicina/UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 10º andar
Bairro Santa Efigênia
CEP 30.130-100 - Belo Horizonte / MG
Tel: (31) 3248-9103
Fax: (31) 3248-9109
drew@medicina.ufmg.br

COORDENAÇÃO DE CAMPO DO PROJETO PESSOAS:

Dra. Lorenza Nogueira Campos
Tel/Fax: (31) 3248-9109
Cel: (31) 9793-9824 (lorenza@medicina.ufmg.br)

ENDEREÇO PARA ENVIO DAS AMOSTRAS:

Dr. Chequer Buffe Chamone
Laboratório Central de Saúde Pública - Instituto Octávio Magalhães - (LACEN/MG)
Fundação Ezequiel Dias (FUNED)
Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças
Rua Conde Pereira Carneiro, 80 - Bairro Gameleira
CEP: 30.510-010 / Belo Horizonte - MG
Tel: (31) 3371-9479

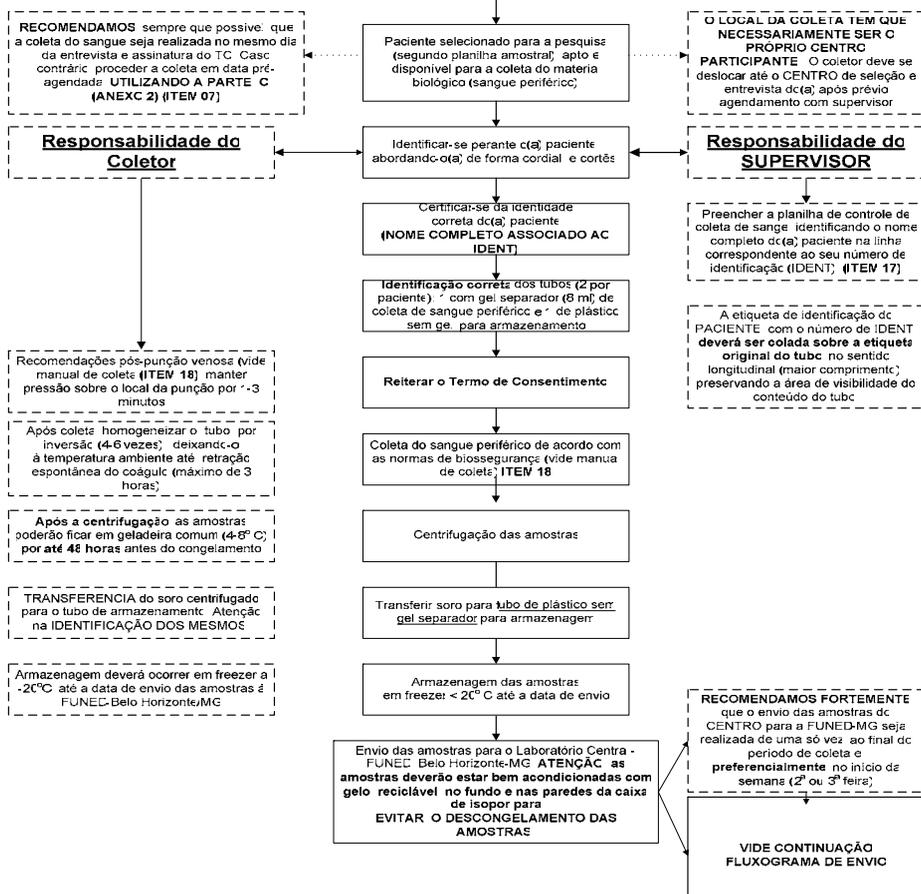
16. BIBLIOGRAFIA

1) TÉCNICAS PARA COLETA DE SANGUE. 2ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. 29p.il. (Série TELELAB).

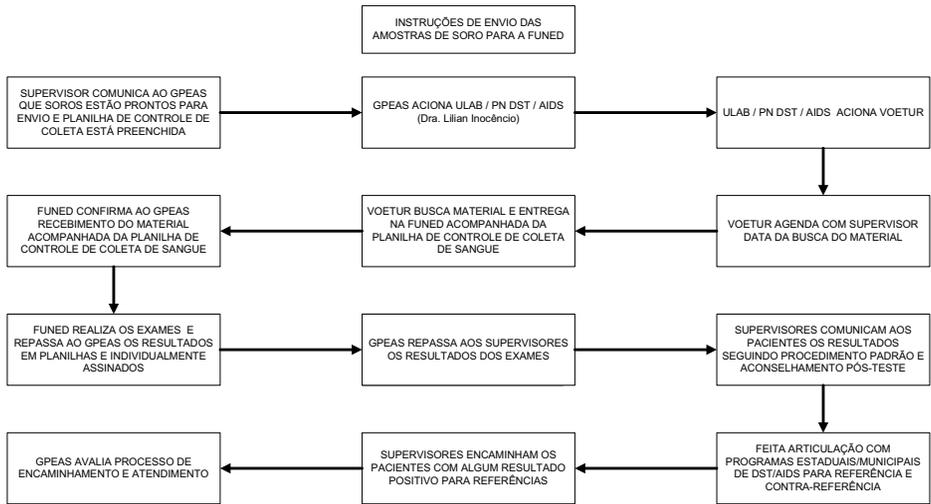
2) Guia prático para coleta de sangue (Revisão 01). VACUETTE® do Brasil.<http://www.vacurette.com.br/download/Guia_de_Coleta_de_Sangue.pdf>

PROJETO PESSOAS
FLUXOGRAMA PARA COLETA, PROCESSAMENTO,
ARMAZENAMENTO E ENVIO DAS AMOSTRAS DE SANGUE

O Supervisor do CENTRO deverá acompanhar todo o processo de seleção, identificação, coleta, processamento, armazenamento e envio das amostras de sangue. O preenchimento das planilhas é de sua responsabilidade.
IMPORTANTE: A CORRETA IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS DE SANGUE DEVERÁ SER REALIZADA COM TODO O CUIDADO, POIS, O NOME DO PACIENTE NÃO SERÁ ROTULADO.



PROJETO PESSOAS
FLUXOGRAMA PARA COLETA, PROCESSAMENTO,
ARMAZENAMENTO E ENVIO DAS AMOSTRAS DE SANGUE
(CONTINUAÇÃO)





PROJETO PESSOAS

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

APOIO:
Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS
Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

- 2006 -

PARTE 2- NO MOMENTO DO ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

2.1- O participante estava acompanhado no momento do aconselhamento ?

- Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

[]

SE SIM PARA 2.1:

A. POR QUEM ESTAVA ACOMPANHADO?

- Pai e / ou Mãe..... 002
 Filho(s) 004
 Outro(s) Parente(s)008
 Esposa(o) / Parceira(o) 016
 Amigas(os)..... 032
 Outros 064
 NA..... 888
 IGN 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

[]
 [] [] [] []

2.2- A comunicação do(s) resultado(s) de exame(s) foi realizada com o participante sozinho?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
HIV/AIDS.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C	1	2	8	9

[]
 []
 []
 []

2.3- O participante autorizou que fosse revelado o resultado do(s) exame(s) a outras pessoas?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
HIV/AIDS.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C	1	2	8	9

[]
 []
 []
 []

Se SIM, para quem? [MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA, ESPECIFICANDO A SOMA DOS CÓDIGOS]				
HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C	
_____	_____	_____	_____	[] [] [] [] [] []
Pai e / ou Mãe.....		002		
Filhos		004		
Outros Parentes		008		
Esposa(o) / Parceira(o)		016		
Amigas(os).....		032		
Funcionário(s) do serviço saúde mental..		064		
Outros		128		
NA.....		888		
IGN		999		
SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____				[] [] [] []
2.4- Qual a reação do participante ao receber o resultado dos exames? _____ _____ _____ _____				[] [] [] []
2.5- O participante teve dificuldade de entender o resultado dos exames?				
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
HIV/AIDS.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9
Especificar: _____				[] [] [] []
2.6- Foi realizado o aconselhamento pós-teste?				
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
HIV/AIDS.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9
Se não,porquê? _____				[] [] [] []
2.8-Foi necessário agendar nova consulta de aconselhamento pós-teste?				
Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9				[] [] [] []
2.9- Quantas consultas foram agendadas no total para o aconselhamento pós-teste? Número de consultas:_____				[] [] [] []

PARTE 3- PARTICIPANTES COM RESULTADOS POSITIVOS AO EXAME:

<p>3.1- Em quais exames o participante teve resultados positivos?</p> HIV..... 002 Hepatite B..... 004 Hepatite C..... 008 Sífilis..... 016 ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____	<p>[][][][]</p>																									
<p>3.2- O participante esta em tratamento para algumas das patologias?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Sim</u></th> <th><u>Não</u></th> <th><u>NA</u></th> <th><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C.....	1	2	8	9	<p>[] [] [] []</p>
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																						
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																						
Sífilis.....	1	2	8	9																						
Hepatite B.....	1	2	8	9																						
Hepatite C.....	1	2	8	9																						
<p>3.3-Foi realizado contato com as coordenações estaduais ou municipais de DST-AIDS para encaminhamento do participante?</p> Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9 SE SIM, ANOTAR: _____ <p>A. Este contato facilitou o encaminhamento do participante?</p> Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9	<p>[] [] []</p>																									
<p>3.4- O participante foi encaminhado para tratamento das DST?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Sim</u></th> <th><u>Não</u></th> <th><u>NA</u></th> <th><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se nao, qual o motivo: _____</p>		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C.....	1	2	8	9	<p>[] [] [] []</p>
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																						
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																						
Sífilis.....	1	2	8	9																						
Hepatite B.....	1	2	8	9																						
Hepatite C.....	1	2	8	9																						
<p>3.5- O participante concordou com o encaminhamento?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Sim</u></th> <th><u>Não</u></th> <th><u>NA</u></th> <th><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se nao, qual o motivo: _____</p>		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C.....	1	2	8	9	<p>[] [] [] []</p>
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																						
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																						
Sífilis.....	1	2	8	9																						
Hepatite B.....	1	2	8	9																						
Hepatite C.....	1	2	8	9																						

<p>3.6- Para qual serviço o paciente foi encaminhado para tratamento da DST? [MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]</p>																													
HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
_____	_____	_____	_____																										
<p>Serviço especializado em DST..... 1 O próprio serviço..... 2 Ambulatório de clínica médica..... 3 Hospital Geral..... 4 Outros..... 5</p> <p>Se outros especificar: _____</p>				<input type="text"/>																									
<p>3.7- Anotar o nome, endereço e telefone do serviço:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				<input type="text"/>																									
<p>3.8- Este serviço foi contactado antes do encaminhamento do participante?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Sim</u></th> <th><u>Não</u></th> <th><u>NA</u></th> <th><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>SE SIM, [MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]</p>					<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																									
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																									
Sífilis.....	1	2	8	9																									
Hepatite B.....	1	2	8	9																									
Hepatite C	1	2	8	9																									
HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
_____	_____	_____	_____																										
<p>A- Com quem foi feito o contato?</p> <p>Gerência do serviço..... 1 Técnico do agendamento..... 2 Com o médico responsável..... 3 Outros..... 4 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>Se outros especificar: _____</p>				<input type="text"/>																									
<p>3.9- Quem fez o agendamento da consulta no serviço de referência?</p> <p>O próprio participante..... 1 Familiar do participante..... 2 O supervisor da pesquisa..... 3 Outro técnico do serviço de saúde mental..... 4 OUTROS..... 5 IGN..... 9</p> <p>Se outros especificar: _____</p>				<input type="checkbox"/>																									

IDENT: |

<p>3.10- Este local de tratamento é no próprio município no qual o paciente reside?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>IGN..... 9</p> <p>Se não, qual o município: _____</p>	<p>┌</p> <p>└</p>
--	-------------------

AGENDAMENTO DA CONSULTA NO SERVIÇO DE ACOMPANHAMENTO DA DST						
	Data do contato com o serviço	Forma de contato	Conseguiu marcar a consulta	Agendada para a data	Participante compareceu	Justificativa
1ª Tentativa						
2ª Tentativa						
3ª Tentativa						
4ª Tentativa						
<p>Observações sobre contatos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						

<p>3.11- Foi solicitada a contra-referência do serviço para o qual o participante foi encaminhado?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Sim</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Não</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NA</u></th> <th style="text-align: center;"><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se SIM PARA 3.11</p> <p>A) Recebeu a contra-referência?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Sim</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Não</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NA</u></th> <th style="text-align: center;"><u>IGN</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV/AIDS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Sífilis.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite B.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Hepatite C.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C.....	1	2	8	9		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	HIV/AIDS.....	1	2	8	9	Sífilis.....	1	2	8	9	Hepatite B.....	1	2	8	9	Hepatite C.....	1	2	8	9	<p>┌</p> <p>└</p>
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																																															
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																																															
Sífilis.....	1	2	8	9																																															
Hepatite B.....	1	2	8	9																																															
Hepatite C.....	1	2	8	9																																															
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>																																															
HIV/AIDS.....	1	2	8	9																																															
Sífilis.....	1	2	8	9																																															
Hepatite B.....	1	2	8	9																																															
Hepatite C.....	1	2	8	9																																															
<p>3.12- O participante retornou a este serviço de saúde mental após atendimento no serviço responsável pelo tratamento?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p> <p>SE SIM, ANOTAR A DATA: ____/____/____</p>	<p>┌</p> <p>└</p> <p>_____</p>																																																		



Eixo qualitativo do Projeto Pessoas

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nesta parte da pesquisa, o objetivo é compreender as representações e práticas acerca das IST e Aids de pessoas com sofrimento mental.

A questão central da pesquisa está relacionada à vulnerabilidade destas pessoas, que, acredita-se, é maior do que na população em geral. Porém, elas têm noções de risco, percepções de perigos no dia-a-dia e maneiras de se prevenir ou buscá-los. Que maneiras são estas? Em que elas se apóiam?

No eixo qualitativo, busca-se, então, compreender como os doentes mentais vivem suas vidas sexual e afetiva e em que contextos sociais (com quais riscos percebidos ou despercebidos), considerando a singularidade e a subjetividade envolvidas na construção social do risco frente a estes agravos.

Roteiro da entrevista – Depois de ter lido o CLE, de o entrevistado tê-lo assinado, iniciar a entrevista, já gravando, falando data e hora de seu início, local (nome do serviço e cidade) e seguindo o roteiro.

Preencha, por escrito, as respostas até a questão 10.5, além de gravar as respostas. As questões 11, 12 e 13 são norteadoras, portanto centrais em relação ao objetivo da pesquisa.

As demais serão colocadas separadamente para aprofundar a discussão ou caso não tenha havido referência anterior na narrativa do entrevistado .

ESTA É UMA ENTREVISTA ABERTA E EM PROFUNDIDADE, COM DELIMITAÇÃO DE TEMAS A SEREM TRATADOS, QUE O SERÃO DE ACORDO COM A ESTRUTURA DE RELATO DO ENTREVISTADO

1) Nome:

2) Idade:

3) Sexo:

4) Estado civil:

5) Profissão:

6) Residência:

7) Com quem você mora:

8) Quantas pessoas moram na sua casa:

9) Tem filhos? 9.1) Quantos?

10) Trabalha atualmente?

10.1) Em que?

10.2) Quanto ganha?

10.3) Se não trabalha atualmente, desde quando parou de trabalhar?

10.4) Em que trabalhou antes?

10.5) Se não trabalha, você tem alguma renda? Com o que?

10.6) De quanto é esta renda?

11) Gostaria que você me falasse sobre seu acompanhamento psiquiátrico, da sua doença, de como ocorreu, me contando o que você pensa da sua situação. (Caso o entrevistado não se refira à família, insira a questão, peça para ele falar das pessoas com as quais conta/ apóia-se para seguir o tratamento, das dificuldades que enfrenta para isto).

12) Das pessoas com as quais você convive, em quem você confia para conversar sobre sua vida, para contar suas histórias, sobre sua vida amorosa e sexual, seus medos, suas dificuldades. (Caso ele se refira a nomes de pessoas, pedir para descrever cada um, buscando compreender a "teia de relações sociais" do entrevistado).

13) Já que você está me falando das pessoas que você considera na sua história, também gostaria que, a partir de agora, você me contasse sobre sua vida amorosa e sexual, dos seus namoros, dos seus amores, dos seus parceiros sexuais. Fale-me o que você pensa sobre sexo, como você faz sexo, de que você gosta ou não. Fale-me, então, como é sua vida sexual e afetiva. (Perguntas de relance: quando começou a ter relações, o prazer que tem com o sexo ou não, o interesse por parceiros do sexo oposto ou do mesmo sexo, existência de violência sexual, parceiros atuais, etc.).

14) Ao falar de sexo, você falou (ou não) de doenças que são transmitidas (que se 'pega') através das relações sexuais. Você conhece algumas destas doenças; já ouviu falar delas; já teve alguma? Fale-me sobre elas e sobre o que você pensa dos riscos que você tem de pegá-las (ou não). (Se o entrevistado não descrever situações de proteção ou de risco de infecção, pergunte sobre isto na sua história de vida e também sobre o uso de álcool e drogas)

15) Conte-me sobre as maneiras que você tem de se proteger das doenças que são transmitidas através de relação sexual. (Caso o entrevistado não fale, insira a questão do uso da camisinha, busque saber o que ele pensa e sabe sobre ela, se usa ou não usa, se tem estratégias para prevenção que ele reconheça como tal...)

16) Gostaria que você me falasse das outras maneiras que você conhece que apresentam risco para pegar estas doenças. Como você acha que se protege delas? (aqui, se o entrevistado não tocou no assunto ainda, é o momento para inserir a questão da religião/ crença religiosa e prevenção/ crença de prevenção e de baixo risco. Além disso, puxe assunto sobre o risco na vida em geral - comportamento recatado ou arriscado).

17) No acompanhamento aqui no serviço (CAPS ou Hospital), você recebe informações sobre sexo, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobre riscos e possibilidades de prevenção? Se não recebe, não conversa, você gostaria que isto acontecesse? O que você acha importante que seja conversado com você?

Impressões gerais do supervisor de campo sobre o desenvolvimento da pesquisa em seu serviço¹

A avaliação do supervisor foi fundada em sua experiência no desenvolvimento da pesquisa de campo, tendo um lado subjetivo, de enxergar-se no trabalho e ver como foi o envolvimento dos demais membros da equipe de campo, bem como do envolvimento dos pacientes entrevistados, além de uma avaliação que se quer objetiva sobre o funcionamento e organização destas pessoas e dos serviços envolvidos com a pesquisa.

Na leitura dos documentos encaminhados, ressaltam-se pontos convergentes sobre as impressões gerais acerca da realização da pesquisa no serviço de saúde do qual faz parte.

Dentre os elementos positivos citados, há aquele que diz respeito ao significado do Projeto PESSOAS como estimulador de conhecimento, primeiramente, sobre as pessoas atendidas e acompanhadas nos próprios serviços até a um conhecimento mais amplo da situação no Brasil sobre as IST e aids em doentes mentais, o que deverá permitir a criação e desenvolvimento de políticas de reorganização da atenção em saúde mental. Tal elemento torna-se ainda mais relevante por se tratar de uma população que é representada pelos supervisores como “normalmente esquecida”.

¹ Análise qualitativa dos relatórios dos supervisores feita pela Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Escola de Enfermagem, UFMG.

Dizem os supervisores:

“Realizar exames laboratoriais, para qualquer cidadão é um ato simples, bem como obter informações sobre alguns agravos que acomete o ser humano é promover saúde, fato este preconizado em Lei, portanto contribuir com um estudo de prevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em saúde mental, significa estar(mos) voltados às ações que visem a inclusão de um segmento da população por muito tempo esquecida.” (SC 1)

“Com o resultado final da pesquisa serão beneficiados vários serviços de saúde do Brasil, pois com a obtenção de dados concretos sobre a prevalência das patologias estudadas, comportamento de risco e vulnerabilidade desta população específica, se dará de forma mais consistente implantação de medidas preventivas nos serviços.” SC 3).

“Foi de grande valia para toda a equipe, uma vez que pode-se ter acesso à informações tão importantes sobre os pacientes que não são fáceis de serem expressados pelos pacientes em atendimento com a equipe. Tivemos grande satisfação ter contribuído para a realização deste projeto com objetivos tão nobres com pacientes portadores de transtornos mentais, numa sociedade onde sabemos que há discriminação, falta de apoio, falta de recursos e informações.”(SC 5)

“Assim, a participação do município de Cantagalo no Projeto PESSOAS, através do CAPS, além de contribuir para o referido estudo, foi importante para a própria unidade de saúde e principalmente para os usuários, no que se refere ao conhecimento sobre a prevalência das doenças, a prevenção e assistência.”
(SC 23)

“Foi de grande relevância para nós da equipe de Saúde do município de Betim podermos colaborar com o Projeto Pessoas. Participar deste estudo multicêntrico nos engrandece enquanto trabalhadores da saúde, e nos ensina a importância de projetos de pesquisa para definição de políticas públicas de fato resolutivas. Aproveitamos para parabenizar os coordenadores deste projeto pela seriedade, competência, organização e principalmente pelo comprometimento com os princípios do SUS.” (SC20)

Acrescenta-se a isto, o fato de aproximação maior entre pacientes e profissionais de saúde, propiciada pela pesquisa, além de contribuir para modificações nas rotinas de alguns serviços:

“Outra questão relevante é acesso dos usuários portadores de transtornos mentais, a assistência em relação ao HIV/ DST /AIDS e também a prevenção nesta área. O acolhimento, a escuta e o aconselhamento possibilitaram aos pacientes colocar questões importantes, tais como violência sexual, rede social e familiar, entre muitos outros temas que até então não haviam sido abordadas.” (SC22)

“O estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em pacientes portadores de transtornos mentais foi muito importante, tanto para instituição, que de imediato através do questionário de avaliação do serviço está viabilizando a implantação de alguns protocolos antes inexistentes; aquisição de um olhar diferente por partes dos profissionais que participaram do estudo em relação a necessidade de implantação de um programa de educação sexual, levando o tema para discussão em reunião de equipe técnica / direção, como também, para os pacientes participantes da pesquisa que tiveram oportunidade de receber aconselhamento e realizar exames, e dependendo do resultado será viabilizado acompanhamento por serviços especializados para realização de tratamento.” (SC2)

“O processo de sensibilização dos usuários para que aderissem à pesquisa foi muito interessante, à medida que propiciou boas discussões sobre a sexualidade dos usuários e aumentou a aproximação entre equipe e usuários.” (SC24)

“Projetos de pesquisa são sempre muito interessantes, e a adesão se deu para também podermos ver os pacientes desta Instituição sob um outro ponto de vista”. (SC 8)

“Para os usuários, garantiu um tratamento com respeito, ética e dignidade. Trouxe para eles, além de acesso aos exames, muita informação sobre o tema.” (SC26)

“A realização da pesquisa veio a contribuir para um novo olhar aos usuários e para um maior encontro com a demanda de cada um deles”“No decorrer do processo as abordagens permitiram constatar a necessidade de um novo olhar quanto à sexualidade dos usuários.”.(SC 27)

“O Projeto PESSOAS possibilitou mudanças na rotina do serviço, o que colaborou para um conhecimento mais aprofundado de nossos usuários, identificando problemas atuais e reavaliando o trabalho hoje desenvolvido em Saúde Mental, dentro de um contexto sério representado pelas DST/AIDS, às quais são tratadas de forma limitada”. (SC 29)

Foram ainda apontados como um ponto positivo nas impressões gerais do supervisor sobre o desenvolvimento da pesquisa no campo, os poucos problemas na condução do trabalho, quando a representação que tinham era de “muitos problemas”. A constatação foi explicada pelo fato de considerarem que os protocolos estavam bem elaborados e a existência de disponibilidade da equipe do GPEAS para os devidos esclarecimentos e re/definições:

“Concluimos que a pesquisa transcorreu sem grandes problemas, para maior confiabilidade dos dados coletados seguimos rigorosamente o protocolo instituído.” (SC 4)

“Na minha opinião a equipe funcionou muito bem. as entrevistadoras foram rápidas, seguiram o protocolo e tudo ocorreu no prazo e sem grandes problemas. Acho que cumprimos bem nossa parte do trabalho. Acompanhei desde as entrevistas, a coleta, o armazenamento e o envio à FUNED do material colhido. Tudo foi feito dentro da técnica e do prazo solicitado.” (SC13)

“A coleta de dados no Cersam transcorreu de forma bastante tranqüila (mesmo havendo apreensão no início)”. (SC 18)

“A minha impressão geral é muito boa, já que enfrentei poucos problemas na execução da pesquisa dentro do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS VIDATIVA. Achei a princípio que não seria fácil a parte de coleta de sangue, mas tudo ocorreu bem.” (SC33)

“De maneira geral tudo ocorreu de forma tranqüila, já que tanto os pacientes como a equipe colaborou para a realização e finalização da pesquisa.” (SC 15)

“A aplicação da pesquisa se deu de maneira tranqüila, contando com a cooperação de todos setores envolvidos para a coleta de dados. Uma pesquisa

trabalhosa, com muitos dados, que gerou várias dúvidas prontamente sanadas pela equipe do G.P.E.A.S.” (SC10)

“A equipe do G.P.E.A.S., em especial a Dra. Lorenza, sempre disponível para sanar dúvidas, foi essencial para a aplicação da pesquisa.” (SC 12)

“Como sobejamente apontado, assumo a minha parte de responsabilidade pelo resultado da pesquisa em meu Centro. Outras questões estão fora de meu controle. Mas posso dizer que duas coisas me fizeram perseverar. Uma, a velha questão de não deixar coisas pendentes para me assombrar pela vida afora. Nada de fantasmas. Outra com certeza foi você Lorenza. A firmeza com doçura, a noção de profissionalismo, sua condução firme das situações, sua prontidão no atendimento, suas cobranças, sua clareza de propósitos, pero sin perder la ternura jamás”. (SC31)

Com todas essas avaliações tendendo mais para o lado dos pontos positivos, a maioria dos supervisores explicitam o sentimento de “privilégio” em participar da pesquisa, o prazer e o aprendizado, apresentando seus agradecimentos e disponibilidade para novos estudos:

“Sentimo-nos privilegiadas em ter participado de tão importante Pesquisa de Campo, ficamos à disposição desta Coordenação para qualquer esclarecimento que se tomar necessário.” (SC 6)

“A Clínica São Bento Menni como os funcionários sentiu enorme satisfação em participar de um trabalho sério e de tanta relevância.” (SC 7)

“A equipe ficou gratificada com a oportunidade de trabalhar na pesquisa e finalizar os trabalhos”. (SC11)

“O Centro de Atenção Psicossocial de Paraíso do Tocantins agradece mais uma vez ao Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental) em poder ter participado deste grande projeto, desenvolvido pelo Programa Nacional de DST/Aids e Saúde Mental-MS.” (SC 14)

“Nesse momento, devo acrescentar o grande prazer que tive em contribuir com o PESSOAS e venho colocar-me a disposição para futuras pesquisas que forem realizadas.” (SC 17)

“A equipe do Caps-Formiga agradece a possibilidade e se desculpa quanto aos erros que poderão ocorrer em relação à codificação. Certamente fizemos o melhor que nos coube.” (SC21)

“Quero enfatizar que a pesquisa trouxe ganhos para todos: profissionais e usuários e para mim em particular. Participar dessa pesquisa, para mim, foi extremamente gratificante e compensador, pois gosto da atividade de pesquisa e o tema dessa pesquisa em particular.” (SC 25)

“Participar de uma pesquisa desta foi uma satisfação para mim, entrevistadoras, técnicas de enfermagem que realizaram a coleta e os próprios usuários do CAPS. Obrigada pela oportunidade.” (SC34)

“No mais, quero salientar que, apesar do sufoco em alguns momentos e de alguns contratemplos, foi muito bom participar dessa pesquisa e colocar-me a disposição para novos trabalhos.” (SC 26)

Porém, os supervisores, mesmo concordando com a importância do projeto, apresentam, também, na avaliação geral, as dificuldades vivenciadas como pontos negativos que atrasaram a coleta, que explicitaram conflitos entre os trabalhadores no que se refere ao envolvimento institucional de cada um ou, ainda, que representaram uma sobrecarga de trabalho para os participantes:

“Considerando-se a dimensão do projeto, a participação do CAPS-II Francisco Morato foi de grande importância, apesar das dificuldades encontradas durante todo o percurso.” (SC 29)

“O trabalho de pesquisa realizado foi gratificante por possibilitar um contato mais íntimo e próximo com um tempo maior individualizado para cada participante, mas exigiu muitas horas e finais de semana, com muita atenção devido a sua complexidade, visando o cumprimento de seu prazo de entrega e o número de entrevistados estipulado pela pesquisa.” (SC 32)

“Se arrependimento matasse...” Não teria aceito a participação. Não pelo Projeto em si, que é lindo e, para mim, muito importante. Mas por perceber que a resposta dos profissionais que aqui trabalham foi muito difícil. A atividade foi proposta para várias pessoas, ninguém queria participar. Precisei fazer um trabalho de convencimento, e mesmo assim, acho que houve dificuldade até o final, ao mesmo tempo que eu não podia ir diretamente ao paciente aplicar a pesquisa em função do cargo que ocupo. Outra parte difícil foi a pressão da Coordenação do Projeto até o meio de agosto, que parecia entender que esta atividade tinha dedicação exclusiva, o que nunca foi previsto. Enfim, acabou. Se houver um outro convite, de qualquer órgão, que pressuponha a colaboração de terceiros além de mim, envolvendo esse tipo de desenho, nem pensar!” (SC 9)

“Uma epopéia. Uma tragédia grega. O que parecia um passeio na praia tornou-se um (quase) pesadelo. O treinamento iniciou-se logo após a vinda de BH. Mas a tal CONEP... Iniciou-se efetivamente em Junho e terminou em Outubro.” (SC 30)

Conclusão

Pode-se, portanto, afirmar, que, de uma maneira geral, a pesquisa ‘mexeu’ com os participantes, levantou questões e interrogações sobre a atenção prestada aos doentes mentais, sobre a organização dos serviços, que guarda representações antigas sobre os modos de cuidar, mas também expressou o mal-estar ligado às dificuldades de relacionamento nas equipes dos serviços.

PÁGINAS DE INTERESSE

Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde

<http://www.aids.gov.br>

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

<http://www.abiaids.org.br>

HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, Columbia University, New York, USA

<http://www.hivcenternyc.org>

Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil – Saúde Mental

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925

Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/UFMG)

<http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>

Rede de Pesquisa em Saúde Mental e DST/HIV/AIDS, PN DST/AIDS, Ministério da Saúde, Brasil

<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS33EF47BCITE-MIDF045BD0D432D4F479C6FDDE388CA7B0DPTBRIE.htm>

II Conferência PRISSMA: “Integração PRISSMA-PESSOAS: Perspectivas para a prevenção de HIV/DST na Saúde Mental no Brasil”

<http://www.abiaids.org.br/eventos/eventoView.aspx?lang=pt&seq=12372&mid=3&smid=2&fg=Aconteceu>

Apresentação do Projeto PESSOAS no HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, Columbia University, New York, USA

<http://www.hivcenternyc.org/lectures/apr08.html>

Instrumentos do Projeto PESSOAS

<http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>

Projeto PRISSMA - Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e AIDS

<http://www.abiaids.org.br/busca/resultView.aspx?lang=pt&seq=9842&fg=Projetos&nc=it>

Society for Emotional Well-being Worldwide

<http://www.seww.org/>

EQUIPE TÉCNICA

PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/AIDS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANÁLISES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS - PROJETO PESSOAS

PROJETO PESSOAS

(Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental)

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional”

Apoio Financeiro

Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
Ministério da Saúde
ED 36688/2005-SA 964/2005 – 914BRA 1101 UNESCO / PN-DST/AIDS
Projeto 086/05

Coordenação Geral de Saúde Mental/Departamento de Ações
Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/MS
(CGSM/DAPE/SAS/MS), Ministério da Saúde

Instituição Executora

Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Coordenador do Projeto

Mark Drew Crosland Guimarães

Pesquisadores colaboradores

Ana Paula Souto Melo, Instituto Raul Soares, FHEMIG
Francisco de Assis Acurcio, Faculdade de Farmácia, UFMG
Helian Nunes de Oliveira, Instituto Raul Soares, FHEMIG
Kátia Galbinksky, CGSM/DAPE/SAS/MS
Lorenza Nogueira Campos, Faculdade de Medicina, UFMG
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann, CGSM/DAPE/SAS/MS
Maria Imaculada de Fátima Freitas, Escola de Enfermagem, UFMG
Mariângela Cherchiglia, Faculdade de Medicina, UFMG
Ricardo Andrade Carmo, CTR/DIP Orestes Diniz, PBH/UFMG
Suely Broxado de Oliveira, Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Acadêmicos

Adriana da Silva Gomes
Ana Carolina Rezende Campolina de Sá
Bernardo Ruben Pinto Martins
Carolina Veloso
Fábio Morato de Castilho
Felipe Augusto Souza Gualberto
Gabriela Assis Lott
Henrique Carvalho Resende
Júlia Bini Viotti
Marina Neves Almeida Gomes
Noé Galinari Júnior
Priscila Abreu Borges Trevizani
Priscila Freire Guimarães
Ramiro D'Ávila Rivelli
Sílvia Carvalho Dalcantoni

Centros Participantes

CAPS Assis, Assis, SP
CAPS Cantagalo, Cantagalo, RJ
CAPS Carmo, Carmo, RJ
CAPS Formiga, Formiga, MG
CAPS Francisco Morato, Francisco Morato, SP
CAPS II José Foster Jr, Guarujá, SP

CAPS Morada Nova, Morada Nova, CE
CAPS Nossa Casa, Santiago, RS
CAPS Paraíso, Paraíso, TO
CAPS Policlínica Dr. Hélio Sales, Montes Claros, MG
CAPS São José do Rio Pardo, São José do Rio Pardo, SP
CAPS Vidativa, Anápolis, GO
Casa Vida, Capão do Leão, RS
CERSAM César Campos, Betim, MG
Clínica Isabela, Goiânia, GO
Clínica São Bento Menni, Divinópolis, MG
Dept. de Psiquiatria II, Franco da Rocha, Franco da Rocha, SP
Hospital Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus, AM
Hospital Colônia Dr. João Machado, Natal, RN
Hospital Galba Veloso, Belo Horizonte, MG
Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá, PR
Hospital Psiquiátrico Vera Cruz Sociedade Civil Ltda, Sorocaba, SP
Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, MG
Mental Medicina Especializada Sociedade Civil Ltda, Sorocaba, SP
Núcleo de Atenção Psicossocial Renascer, Ribeirão das Neves, MG
SPSES - Hospital Clemente Ferreira, Lins, SP

Supervisores

Ana Maria Amaral Ragazzi, CERSAM César Campos, Betim, MG
Ana Maria Damian Souto, CAPS Nossa Casa, Santiago, RS
Cassiane Echevenguê dos Santos Amaral, Casa Vida, Capão do Leão, RS
Celso Aparecido Fattori Júnior, Mental Medicina Especializada, Sorocaba, SP
Edgar Rodrigues, CAPS Assis, Assis, SP
Flávia Fernanda de Oliveira, Clínica São Bento Menni, Divinópolis, MG
Florence Hostalácio Freitas, CAPS Formiga, Formiga, MG
Francisca Gerlane Sarmento de Oliveira, Hosp. Dr. João Machado, Natal, RN
Hanna Karine de Carvalho, CAPS Morada Nova, Morada Nova, CE
Heloisa Agnes Mendes Marra, Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, MG
Jackson Mattos Medrado, Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá, PR
Juliana Marcela Flausino, CAPS São José do Rio Pardo, S. J. do Rio Pardo, SP
Juliane Macedo Ney da Silva, CAPS Vidativa, Anápolis, GO
Kelly Cristian Ribeiro Graeff, CAPS Cantagalo, Cantagalo, RJ
Lucimar da Mota Alves, CAPS Paraíso, Paraíso, TO
Marcilene Cristina Fonseca, Hospital Galba Veloso, Belo Horizonte, MG
Maria Alice Saccani Scardelli, SES/SP, Departamento de Psiquiatria II,
Franco da Rocha, SP
Maria das Graças Nunes Martins, Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro,
Manaus, AM
Maria Elizete Silva Penido, CAPS II José Foster Jr., Guarujá, SP
Maria Tereza Gomes da Silva, SPSES Hospital Clemente Ferreira, Lins, SP
Murillo Mascarenhas Nascente, Clínica Isabela, Goiânia, GO
Renata Cristina de Souza Ramos, Núcleo de Atenção Psicossocial Renascer,
Ribeirão das Neves, MG
Ronaldo Efigênio de Oliveira, CAPS Carmo, Carmo, RJ
Stanley Crosland Guimarães, CAPS Policlínica Dr. Hélio Sales, Montes
Claros, MG
Suely Maria Pinto Tozato, CAPS Francisco Morato, Francisco Morato, SP
Zelândia Marcheni Elizeche, Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, Sorocaba, SP

Apoio Laboratorial

Laboratório Central de Saúde Pública, Instituto Octávio Magalhães/
Fundação Ezequiel Dias (LACEN/MG, FUNED)
Unidade de Laboratório, PN-DST/AIDS (ULAB/PN-DST/AIDS/SVS/MS)
Nívea Orém de Oliveira Guedes, ULAB/PN-DST/AIDS/SVS/MS
Simone Monzani Vivaldini, ULAB/PN-DST/AIDS/SVS/MS



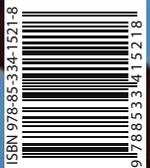
PROJETO
PESSOAS

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Sistema
Único
de Saúde



NAÇÕES UNIDAS
Escritório sobre Drogas e Crime

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

