

**ANA PAULA SOUTO MELO**

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA E  
PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
(Aids, Sífilis, Hepatite B e C)**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
2010**

**ANA PAULA SOUTO MELO**

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA E  
PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
(Aids, Sífilis, Hepatite B e C)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública (Área de Concentração em Epidemiologia)

Orientador: Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Co-orientador: Francisco de Assis Acúrcio

Belo Horizonte

Melo, Ana Paula Souto.

M528a Avaliação de serviços de saúde mental na assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (Aids, Sífilis, Hepatite B e C) [manuscrito]. / Ana Paula Souto Melo. -- Belo Horizonte: 2010. 160f.

Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães.

Co-Orientador: Francisco de Assis Acúrcio.

Área de concentração: Saúde Pública.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Transtornos Mentais. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis/prevenção & controle. 4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/prevenção & controle. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Guimarães, Mark Drew Crosland. II. Acúrcio, Francisco de Assis. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título. NLN: WM 105



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

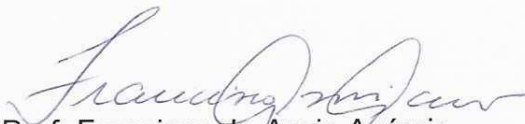
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640




**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Mark Drew Crosland Guimarães, Francisco de Assis Acurcio, Francisco Inácio Bastos, Maria Tavares Cavalcanti, Mariângela Leal Cherchiglia e Cibele Comini César, aprovou a defesa de tese intitulada **“AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS”** apresentada pela aluna **ANA PAULA SOUTO MELO**, para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 11 de março de 2010.

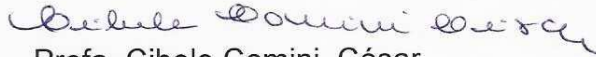
  
Prof. Mark Drew Crosland Guimarães  
Orientador

  
Prof. Francisco de Assis Aécúrcio  
Coorientador

  
Prof. Francisco Inácio Bastos

  
Profa. Maria Tavares Cavalcanti

  
Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

  
Profa. Cibele Comini César

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitor :** Prof. Ronaldo Tadêu Pena

**Vice-Reitora:** Prof<sup>a</sup>. Heloisa Maria Murgel Starling

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:** Prof<sup>a</sup>. Elisabeth Ribeiro da Silva

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

## **FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Francisco José Penna

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** : Prof<sup>a</sup>. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

## **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública:** Prof<sup>a</sup>  
Mariângela Leal Cherchiglia

**Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública:** Prof. Mark  
Drew Crosland Guimarães

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública:**

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>a</sup>.Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof<sup>a</sup>. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa

### **Discentes:**

Adriana Lúcia Meireles (Disc.Titular/M)

Ana Paula Coelho Machado (Disc.Suplente/M)

Aline Dayrell Ferreira (Disc.Titular/D)

Graziella Lage Oliveira (Disc.Suplente/D)

## Agradecimentos

Ao Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, pelo incentivo e aprendizado durante todos esses anos de trabalho. Influência decisiva na minha formação, exemplo de comprometimento e rigor com o trabalho científico.

À Prof<sup>a</sup>. Cibele Comini César, pela acolhida em momentos fundamentais e por ter tornado mais leve o trabalho estatístico.

Aos professores Francisco de Assis Acúrcio e Mariângela Leal Cherchiglia, pelas interlocuções e produções no percurso do meu doutorado.

Ao Professores Milton Wainberg, co-orientador estrangeiro durante o período do doutorado sanduíche na *Columbia University* e Karen Mckinnon, pelo apoio e colaboração científica nesta tese.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP/UFMG), pelo suporte e empenho na formação de seus alunos.

Aos colegas da pós-graduação, em especial, à Lorenza Nogueira Campos pela disponibilidade e interesse durante o doutorado e Maria das Graças Braga Ceccato, por contribuir na elaboração do segundo artigo.

A todos que participaram da construção e realização do Projeto PESSOAS, o que possibilitou que esse trabalho fosse realizado.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde e do Instituto Raul Soares (FHEMIG) por incentivar a formação acadêmica, em especial ao ex-secretário municipal de Saúde, Helvécio Magalhães.

À Coordenação de Aperfeiçoamento em Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação, pela oportunidade do treinamento no exterior, por meio do programa de bolsas de doutorado sanduíche.

Aos meus amigos queridos, sempre presentes, em especial à Maria Cristina Bechelany Dutra, Simone Beatriz Scarioli e Renato Ferreira Franco.

À Claudia Maria Filgueiras Penido, pelas discussões, apoio incondicional, presença apaziguante e serena durante o doutorado.

Enfim, aos meus queridos pais e irmãos, pelo apoio e por nunca terem duvidado da minha determinação em ir atrás do meu desejo.

Viver é muito perigoso... Porque aprender a viver é que é o viver mesmo...  
Travessia perigosa, mas é a da vida. Sertão que se alteia e abaixa... O mais  
difícil não é um ser bom e proceder honesto, dificultoso mesmo, é um saber  
definido o que quer, e ter o poder de ir até o rabo da palavra.

Guimarães Rosa

## **RESUMO DA TESE**

---

## RESUMO DA TESE

**Introdução:** Evidências indicam que pacientes com transtornos mentais têm elevada prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), quando comparados à população geral, assim como um aumento de comportamentos de risco. Este estudo analisa a prevenção e atenção às IST/aids, na saúde mental no Brasil, com enfoque na avaliação dos serviços de saúde mental, considerando aspectos da estrutura e processo na atenção às IST/aids, inseridos em estudo multicêntrico brasileiro - Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental). São avaliados o retorno de resultados dos exames sorológicos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, para os participantes. Enfoca ainda o grau de conhecimento sobre HIV/aids, entre os pacientes psiquiátricos, e avalia se fatores individuais ou contextuais (serviços de saúde mental) se relacionam com esse grau de conhecimento. **Métodos:** Estudo de corte transversal multicêntrico em amostra representativa nacional de 2475 usuários de serviços de saúde mental. Foram selecionados aleatoriamente 11 hospitais psiquiátricos e 15 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todas as regiões do país. Um questionário de avaliação de serviços de saúde mental foi aplicado pelo supervisor local da pesquisa, para avaliar descritivamente indicadores selecionados de estrutura e de processo. Os participantes foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada, para verificar as características sociodemográficas, de comportamento e situação de risco, relacionadas à atenção à saúde. Na última fase da pesquisa, um questionário sobre a devolução dos resultados de exames de IST/aids foi aplicado nos 2300 participantes, que se submeteram a coleta de sangue. **Resultados:** De maneira geral, verificou-se um despreparo para a realização de prevenção e cuidado aos pacientes psiquiátricos em risco para as IST/aids. Mais detidamente, observou-se nos serviços de saúde mental uma insuficiência de recursos humanos e equipamentos, indisponibilidade de medicamentos, especialmente em atenção às urgências clínicas, dificuldades para fornecer suporte clínico aos pacientes (IST/aids, inclusive) e precária estrutura dos serviços de referência e contra-referência. Além disso, poucos serviços dispunham de programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar do conhecimento de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV. Ao se avaliar o retorno de resultados de exames, observa-se que, dentre os 2080 participantes que realizaram a coleta de sangue e tiveram um questionário de devolução de exames respondidos, 1656(80%) receberam os resultados acompanhados de aconselhamento pós-teste. Os CAPS

devolveram os resultados para 89% dos participantes, enquanto os hospitais os devolveram apenas para 60%. Os serviços de saúde mental receberam somente 68% das contra-referências solicitadas aos serviços especializados, para aqueles pacientes que apresentaram algum marcador positivo nos exames sorológicos de IST/aids. É importante ressaltar a baixa testagem para anti-HIV alguma vez na vida (27%) entre os pacientes psiquiátricos, sendo que os serviços de saúde mental que relataram distribuir preservativos aos seus pacientes, devolveram mais exames de IST/aids aos participantes. O grau de conhecimento dos participantes sobre HIV/aids alcançou uma média de escore de 6.78 (escala de 1 a 10 acertos). Não foi observada associação significativa entre as variáveis dos serviços de saúde mental e nível de conhecimento. Somente as variáveis dos indivíduos estavam associadas ( $p < 0,05$ ) ao escore mais baixo de conhecimento sobre HIV/aids: baixa escolaridade, não saber ler ou escrever, apresentar atividade delirante durante a entrevista, diagnóstico de esquizofrenia, história de internação psiquiátrica, um escore baixo na avaliação preliminar (versão breve do Mini-mental), não ter ouvido falar sobre aids e não saber com certeza sobre o risco de adquirir o HIV, e nunca ter tido relação sexual na vida. Entre as variáveis associadas ao escore mais alto distinguiam-se: ter tido história de DST; ter realizado exame anti-HIV; uso de preservativo na maioria das vezes, em sua na vida.

**Conclusão:** Considerando-se a população psiquiátrica um grupo potencialmente mais vulnerável às IST, as políticas de prevenção e intervenção brasileiras mostraram-se insuficientes. A proposta de medidas eficazes de prevenção e intervenção em HIV/aids, específicas para essa população, devem ser encaminhadas a ela. Para tanto, faz-se necessário disponibilizar e oferecer estratégias de educação tanto para os pacientes psiquiátricos quanto para os profissionais dos serviços de saúde mental. É essencial desenvolver políticas públicas que promovam medidas preventivas e cuidado na saúde integral para essa clientela.

**Descritores:** HIV, AIDS, conhecimento, pacientes psiquiátricos crônicos, serviços de saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis, avaliação de serviços de saúde, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, sorologia.

## **ABSTRACT**

---

**Introduction:** There is evidence that patients with mental illness have increased prevalence of sexually transmitted infections (STI) when compared with the general population, and also high rates of sexual risk behavior. This study analyzes the prevention and treatment of STI / AIDS in mental health patients in Brazil with focus on the assessment of mental health services, considering aspects of structure and process in the care of STI / AIDS in a Brazilian multicenter study - Project "PESSOAS" (Research Seroprevalence AIDS in Mental Health). The patient's return for Syphilis, Hepatitis B and C test results was evaluated. We measured HIV/AIDS knowledge among mentally ill patients in Brazil and examined individual and treatment setting predictors of knowledge. **Methods:** We conducted a cross-sectional national multicenter study in a representative sample among 2475 patients in mental health services. We randomly selected 11 psychiatric hospitals and 15 CAPS (Mental Health Outpatient Clinics) in all regions of the country. A mental health service evaluation questionnaire was applied by the local research supervisor to assess selected indicators of structure and process. A semi-structured person-to-person interview was conducted to obtain socio-demographic, clinical and behavioral data. A questionnaire for HIV/STI testing and receipt of exam results was applied in the last phase of the research, when the 2300 participants consented to blood draws. **Results:** In general, there was a lack of preparation for the implementation of prevention and care for psychiatric patients at risk for STI / AIDS. More specifically, it was observed in mental health services, inadequate human resources and equipment, unavailability of medicines primarily for emergency medical attention, difficulties of providing clinical support to patients (STI / AIDS inclusive), precarious structure of the reference and counter-referral systems, and in addition, few services had sex education or condom distribution, despite the existence of patients with known HIV infection. When evaluating the return of exams results, it was observed that among the 2080 participants who had blood collection and had a questionnaire regarding returning exams results completed, 1656 (80%) received their exams results accompanied by post-test counseling. The CAPS returned results for 89% of the participants while hospitals returned only 60%. The mental health services received only 68% of counter-referral that were requested to specialized services for those patients who had a positive marker in exams results of STI / AIDS. It is important to emphasize the low rate of previously HIV-tested (27%) among psychiatric patients, and the mental health services which reported distribution of condoms to their patients returned more STI / AIDS tests to the participants. Mean HIV/AIDS knowledge score was 6.78 (range 1-10). Treatment setting

characteristics were not associated with knowledge scores. Lower HIV/AIDS knowledge scores were significantly associated with: low schooling ( $\leq 5$  years), being illiterate, being over 40 years of age, being a resident of a psychiatric hospital, having delusional/delirious behavior during the interview, being diagnosed with schizophrenia-spectrum, having been previously admitted in a psychiatric hospital, having a low score in the brief-MMSE, not having heard of AIDS and not knowing for sure of the risk of being HIV infected. The variables which presented associations with higher HIV/AIDS knowledge scores were: having an STD history, having been HIV tested and using condoms most of the time.

**Conclusion:** When we considered the psychiatric population as a group potentially more vulnerable to STIs, the prevention and intervention policies in Brazil are insufficient. The proposal of effective prevention and intervention on HIV / AIDS specific to this population should be addressed. It is necessary to provide and offer education strategies for both psychiatric patients and professionals working in mental health services. It is essential to develop public policies that promote preventive health care and improve medical assistance to these patients with mental disorders.

Keywords: HIV, AIDS, chronic psychiatric patients, mental health treatment settings, sexually transmitted disease, Health services evaluation, Health Knowledge Attitudes Practice, Serology.

# SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO .....	14
2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	19
3 OBJETIVOS.....	34
4 ARTIGO ORIGINAL 1 .....	36
4.1 INTRODUÇÃO .....	38
4.2 MÉTODOS .....	40
4.3 RESULTADOS .....	41
4.4 DISCUSSÃO .....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
5 ARTIGO ORIGINAL 2 .....	57
5.1 INTRODUÇÃO .....	59
5.2 MÉTODOS .....	61
5.3 RESULTADOS .....	64
5.4 DISCUSSÃO .....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ARTIGO ORIGINAL 3 .....	81
5.1 INTRODUÇÃO .....	84
5.2 MÉTODOS .....	85
5.3 RESULTADOS .....	89
5.4 DISCUSSÃO .....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	105
APÊNDICES .....	109
Apêndice A: questionário de avaliação de serviços.....	110
Apêndice B: questionário de avaliação de aconselhamento pós-teste.....	124
Apêndice C: entrevista semi-estruturada com o participante.....	130
ANEXOS.....	154
Anexo A: aprovação do Projeto PESSOAS na Câmara Departamental.....	155
Anexo B: aprovação do Projeto PESSOAS no Comitê de Ética.....	157
Anexo C: aprovação da aluna no exame de qualificação.....	159

## **1 APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

Esta tese insere-se na linha de pesquisa *Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG) sendo parte integrante de um estudo maior, intitulado “**Prevenção e Atenção às IST/AIDS na Saúde Mental no Brasil: Análises, Desafios e Perspectivas. Projeto PESSOAS**”. O Projeto PESSOAS constitui um estudo multicêntrico nacional, planejado e conduzido pelo Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/FM/UFMG) em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, cujos principais objetivos são: 1) determinar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C em hospitais psiquiátricos e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 2) descrever o perfil sócio-demográfico, 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 sócio-demográficas, 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.

Foi realizado um estudo de corte transversal multicêntrico em amostra representativa nacional de usuários de 26 serviços de saúde mental, selecionada aleatoriamente, estratificando-se pelo tipo de serviço (hospitais e Centros de Atenção Psicossocial, CAPS). Todos os pacientes selecionados, aptos e que concordaram em participar foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada, com o intuito de verificar as características sócio-demográficas, 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 doenças sexualmente transmissíveis (DST), tempo de internação, violência verbal, física e sexual, e demais fatores associados ao risco de transmissão das infecções de interesse. Informações complementares foram extraídas dos prontuários médicos. Os resultados da soroprevalência de 1,12% para sífilis; 0,80% para HIV; 1,64% para o HBsAg, 14,7% para anti-HBc e 2,63 % para anti-HCV (Guimarães et al,2009<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> GUIMARAES, M. D. C. ; CAMPOS, L. N ; MELO, A.P.S; CARMO, R.A.; MACHADO, C. J . ACÚRCIO, F, A. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with chronic mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , v. 31, p. 43-47, 2009

Os questionários utilizados na pesquisa foram validados e, especificamente para esse trabalho de tese, utilizou-se o questionário de avaliação de serviços (apêndice A) e questionário de avaliação de acompanhamento pós-teste (apêndice B). a entrevista semi-estruturada com o participante (apêndice C),

Em agosto de 2007, após finalizado o Projeto, o Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (GPEAS/UFMG) em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, organizou e realizou um seminário em Brasília, de apresentação dos resultados do Projeto PESSOAS, dirigido aos 26 serviços participantes. O seminário contou com a presença de pesquisadores, profissionais de saúde dos 26 serviços participantes e representantes do Programa Nacional de DST/AIDS e Programa Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

É relevante destacar a produção científica alcançada com os dados do Projeto PESSOAS e desenvolvida pelo GPEAS/UFMG, tendo algumas delas sido realizadas em colaboração com pesquisadores estrangeiros. Até o presente momento, foram produzidos: um livro intitulado PREVENÇÃO E ATENÇÃO ÀS IST/AIDS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANÁLISES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS<sup>2</sup>, uma dissertação de Mestrado<sup>3</sup>, a presente tese de Doutorado, manuscritos originais publicados<sup>1,4,5,6,7</sup>.

---

<sup>2</sup> GUIMARÃES, M.D.C. (Org.) ; POSSAS, CA (Org.) ; DE SÁ, M (Org.) ; ACÚRCIO, F.A.(Org.) . Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. v. 1. 252 p.

<sup>3</sup> OLIVEIRA, HN. Usuários de serviços de saúde mental e risco para DST: vulnerabilidade e confiabilidade. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, . *Orientador*: Mark Drew Crosland Guimarães.

<sup>4</sup> MELO, APS; ACÚRCIO, FA ; CHERCHIGLIA, ML; VELOSO, CCG ; GUIMARAES, M. D. C. . Avaliação de serviços de saúde mental: Assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 17, p. S240-s248, 2007.

<sup>5</sup> OLIVEIRA, H. N ; MACHADO, C. J ; CAMPOS, L. N ; ACÚRCIO, F. A. ; GUIMARÃES, M.D. C. . Avaliação da confiabilidade de entrevista aplicada a indivíduos com transtornos mentais: Projeto PESSOAS. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 18, p. 40-45, 2008.

<sup>6</sup> GUIMARAES, M. D. C. ; OLIVEIRA, H.N; CAMPOS, L. N ; SANTOS, C.A ; GOMES, C. E. R ; OLIVEIRA, S. B ; FREITAS, M. I. ; ACÚRCIO, F, A ; MACHADO, C. J . Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , v. 30, p. 55-59, 2008.

<sup>7</sup> CAMPOS, L. N ; GUIMARAES, M. D. C. ; CARMO, R. A ; MELO, APS; OLIVEIRA, H. N; ELKINGTON, K. ; MCKINNON, K. . HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública* , v. 24, p. s607-s620, 2008.

Esta tese preenche um requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Pública pelo PPGSP/UFMG, área de concentração em Epidemiologia, a ser defendida em sessão pública no dia 11 de março de 2010. Ela avalia os serviços de saúde mental na assistência e prevenção às IST/aids, com ênfase na integralidade da assistência por meio da avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde mental, incluindo a devolução dos resultados de exames de IST/aids para os participantes, além de averiguar o conhecimento sobre HIV/aids dos indivíduos em tratamento nos serviços de saúde mental. A discussão do material de pesquisa e a produção científica contou com a colaboração do Prof. Milton Wainberg, *do HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, Columbia University, New York, USA*, mediante a subvenção do Programa de Bolsa Sanduíche do CAPES (Processo 4113/08-0)

O volume apresenta-se na forma de três artigos científicos originais, respondendo a cada objetivo da tese. A estruturação do volume de tese na forma de artigos científicos originais e a sua formatação estão de acordo com o regulamento do PPGSP/ UFMG<sup>8</sup>. O primeiro artigo, intitulado “*Avaliação de Serviços de Saúde Mental: Assistência e Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS*”, aceito para publicação na Revista Médica de Minas Gerais, no suplemento de Saúde Pública, cumpre um dos objetivos específicos dessa tese (Melo et al, 2007). O segundo artigo, intitulado: “*Individual and treatment setting predictors of HIV/AIDS knowledge among psychiatric patients and their implications in a national multisite study in Brazil*”, foi desenvolvido em parceria com pesquisadores estrangeiros durante o “doutorado sanduíche” no *HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, Columbia University*. O mesmo encontra-se submetido para publicação na revista *Community Mental Health Journal*. Por sua vez, o terceiro artigo, igualmente desenvolvido em parceria com pesquisadores estrangeiros e intitulado “*Predicting psychiatric patients’ return for HIV/STI test results in mental health centers in Brazil: Public Health Implications*” será submetido à publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*.

Este volume contém:

1. *Considerações iniciais*: nesta seção procurou-se apresentar a justificativa da tese no seu conjunto, a fundamentação teórica da mesma, contemplando os temas estudados,

---

<sup>8</sup> PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA. UFMG. *Manual de Orientação*. Belo Horizonte, 2007.

com enfoque na avaliação de serviços, em especial, os serviços de saúde mental na sua relação com a prevenção e assistência às IST/aids;

2. apresentação dos objetivos da tese respondidos em três manuscritos originais;

3. o artigo original 1 em português (*“Avaliação de Serviços de Saúde Mental na Assistência e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis”*) apresentado segundo o regulamento do programa de PPGSP/UFMG<sup>8</sup>, no seu Título IV – do Regime Didático, capítulo V, artigo 5531. Apresenta-se no formato aceito para publicação, contendo introdução, metodologia, resultados, discussão, agradecimentos, referências bibliográficas e tabelas;

4. o artigo original 2 em inglês (*“Individual and treatment setting predictors of HIV/AIDS knowledge among psychiatric patients and their implications in a national multisite study in Brazil”*) apresentado segundo o mesmo regulamento supracitado.

5. O artigo original 3 em inglês (*“Predicting psychiatric patients’ return for HIV/STI test results in mental health centers in Brazil: Public Health Implications”*) apresentado também segundo o mesmo regulamento supracitado;

6. *considerações finais*: compreendem os aspectos críticos e relevantes da tese no seu conjunto, recomendações e aplicações para os serviços de saúde e relacionam os principais resultados dos três artigos.

*Apêndices:*

Apêndice A: questionário de avaliação de serviços

Apêndice B: questionário de avaliação de aconselhamento pós-teste

Apêndice C: entrevista semi-estruturada com o participante

*Anexos:*

Anexo A: folha de aprovação do Projeto pela Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG.

Anexo B: folha de aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Anexo C: folha de aprovação da aluna no exame de qualificação.

## **2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

---

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 2.1 Avaliação de Serviços de Saúde

O tema da avaliação de serviços de saúde mental no contexto da assistência às IST/aids insere-se no campo da Investigação de Serviços de Saúde, mais especificamente na área temática da Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde. Uma Investigação de Serviços de Saúde pode ser definida como:

“aquele estudo que tem por objeto o Sistema de Saúde ou algum de seus componentes ou inter-relações, com o propósito de fornecer elementos que permitam reorientá-los ou reorganizá-los de maneira que as premissas de equidade, eficiência e eficácia sejam uma realidade no menor tempo possível” (Chorny et al,1990 apud Acurcio e Guimarães,1996)<sup>9</sup>.

Contandriopoulos et al. (1997)<sup>10</sup> consideram que o processo de avaliação se caracteriza por estabelecer um julgamento de valor sobre uma determinada intervenção ou qualquer um de seus elementos, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões.

Segundo Silva e Costa (2000)<sup>11</sup>, o Brasil apresenta considerável diversidade e amplitude de conceitos e abordagens no campo da avaliação em saúde, embora as experiências desenvolvidas sejam consideradas insuficientes e insatisfatórias, em especial pela dispersão, descontinuidade, falta de documentação e de sistematização dos resultados obtidos. A vasta diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre avaliação cria entraves para aqueles que procuram tratar o tema de forma sistemática, tanto no que se relaciona a possíveis abordagens quanto no que concerne a seus atributos ou componentes. Isso dificulta a sistematização desse conhecimento. (Silva e Formigli, 1994)<sup>12</sup>. Nessa direção, um esforço satisfatório dentre as abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian, quando concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados” a partir do referencial teórico sistêmico. Com base nesse referencial, os serviços de saúde mental foram avaliados nesta tese, considerando, principalmente, a estrutura e o processo assim concebidos:

<sup>9</sup> ACURCIO FA; GUIMARÃES, MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*, 12(2):233-242, abr-jun, 1996

<sup>10</sup> CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al., 1997. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

<sup>11</sup> SILVA, P. L. B. ; COSTA, N. R., 2000. A Avaliação de Programas Públicos: a experiência brasileira. Projeto BRA/97/039 Avaliação de Políticas Públicas na América do Sul. Relatório Final. FECAMP/UNICAMP/NEPP

<sup>12</sup> SILVA, L. & FORMIGLI, V., 1994. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1): 80-91.

O termo *estrutura* refere-se aos atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporcionam a atenção [aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento] (Donabedian,1990)<sup>13</sup>. Ou seja, o estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência, descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, sobretudo quanto à sua adequação às normas vigentes (Reis et al, 1990)<sup>14</sup>. O pressuposto principal da abordagem estrutural estima que pré-condições adequadas, ou disponibilidade de recursos como força de trabalho, instalações, equipamentos, dentre outros, tendem a gerar resultados mais favoráveis (Vuori, 1991)<sup>15</sup>.

O termo *processo* refere-se à atenção que médicos e demais provedores dispensam aos pacientes, assim como a habilidade com que prestam essa atenção. Também se inclui aqui o que os pacientes fazem por si mesmos (Donabedian, 1990)<sup>13</sup>. A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está direcionado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, sobre o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde (Reis et al,1990)<sup>14</sup>. A apreciação do processo trata de questões relativas à adequação dos serviços aos resultados esperados (Contandriopoulos et al, 1997)<sup>10</sup>.

A avaliação de resultados em saúde corresponderia à análise das consequências na saúde de indivíduos e populações da atenção oferecida pelo serviço ou por um profissional específico. Se os objetivos da atenção forem o de curar ou de evitar a progressão de doenças, restaurar o estado de saúde ou aliviar a dor e o sofrimento, pode-se considerar o êxito da assistência quando se alcançam esses resultados (Vuori,1991)<sup>15</sup>. O ‘resultado’ pressupõe uma mudança no estado de saúde, para melhor ou pior, que possa ser atribuída à atenção recebida. Pode

---

<sup>13</sup> DONABEDIAN, A., 1990a. *Garantía y Monitoría de La Calidad de la Atención Médica*. México D.F.: Ed. Instituto Nacional de Salud Publica.

<sup>14</sup> REIS, EJFB; SANTOS, FP; CAMPOS, FE et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Cadernos de saúde Pública*. 6(1): 50-61, jan/mar,1990.

<sup>15</sup> VUORI, H,.. A qualidade da saúde. *Divulgação Saúde para Debate*, 3:17-25. 1991

incluir outros elementos, tais como conhecimento sobre a enfermidade, mudanças de conduta que promovam saúde, produção de indicadores ou índices do nível de saúde de determinada população e satisfação do paciente. As críticas sobre a avaliação de resultados recaem sobre a dificuldade em atribuir determinada mudança no estado de saúde da população à intervenção específica, uma vez que os resultados sofrem influência de inúmeras variáveis. Nesse sentido, Santos e Victora (2004)<sup>16</sup> discutem o tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto do processo, quanto do impacto, ocorreram em função da exposição à intervenção. Assim, referem-se avaliações em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade. Avaliações de adequação investigam se os objetivos do Programa foram alcançados. Avaliações de plausibilidade, se os objetivos foram alcançados devido ao Programa. Finalmente, avaliações de probabilidade estimam, como o próprio nome indica, qual a probabilidade estatística de que o Programa de fato tenha surtido efeito (Habicht et al, 1999)<sup>17</sup>. Para Vuori (1991)<sup>15</sup> os impasses se apresentam também na definição de padrões, por meio dos quais possam ser mensurados os resultados observados. Defensores desse enfoque argumentam que a melhoria nas condições de saúde do paciente seria a 'prova' final de que a atenção foi positiva (Donabedian,1990)<sup>13</sup>. Assim, o termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Como, em termos de saúde, os resultados se devem a múltiplos fatores, a sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (Reis et al,1990)<sup>14</sup>.

## **2.2 AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

### **2.2.1 A avaliação dos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica:**

O campo da saúde mental vem sofrendo amplas transformações com o movimento da reforma psiquiátrica iniciado no final da década de 1970, no Brasil. Esse movimento busca implementar um novo paradigma, defendendo “um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, assim como, dos muros dos hospitais psiquiátricos

---

<sup>16</sup> SANTOS IS; VICTORA CG. Epidemiology, research, and health services evaluation. *Cad Saude Publica*; 20 Suppl 2: S337-41, 2004

<sup>17</sup> HABICHT JP, VICTORA CG, VAUGHAN JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-8.

para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão” (Nardi & Ramminger., 2007)<sup>18</sup>. Conseqüentemente, a mudança da política de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira tem trazido importantes mudanças assistenciais, principalmente a oferta de maior número de serviços de atenção ambulatorial comunitários, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hoje em torno de 1290, em todo o Brasil, concomitantemente a uma diminuição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2008)<sup>19</sup>.

A diretriz de implantação destes serviços buscava a construção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico e, coerentemente ao 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 social, o lazer e a oportunidade de trabalho para os portadores de sofrimento mental (Alves, 2006)<sup>20</sup>.

O caráter inovador dessas novas práticas nos serviços, concomitantemente à diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos suscitam um debate efervescente entre os profissionais da saúde mental, fazendo gerar, muitas vezes, posições antagônicas acerca de sua implementação.

Esse novo modelo assistencial torna prioritária a avaliação dos serviços de saúde mental como um dos pontos centrais da política de saúde mental brasileira. Contudo, a avaliação de serviços em Saúde Mental ainda se mostra um campo de estudos bastante recente no Brasil, embora alguns trabalhos já estejam sendo desenvolvidos, como pesquisas com ênfase principalmente na avaliação da qualidade medida por meio da satisfação dos usuários, familiares e profissionais (Projeto Multicêntrico de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental em Municípios Brasileiros: Pitta et al., 1995<sup>21</sup>, 1996<sup>22</sup>; Silva Filho et al.,

---

<sup>18</sup> NARDI, H C; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007, vol.17, no.2, p.265-287.

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008 (acesso em 04/11/109 ).

<sup>20</sup> ALVES, DS. Integralidade nas Políticas de SaúdeMental .IN: Pinheiro, R; Mattos, R. A.; Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

<sup>21</sup> PITTA, A. et al., 1995. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(9):441-452

1996<sup>23</sup>, 1998<sup>24</sup>, Bandeira et al. 1999<sup>25</sup>, Libério, 1999<sup>26</sup>). Contribuindo para essas pesquisas, em documento produzido pela OMS, Saraceno et al, (1993)<sup>27</sup> apontam a necessidade de observar a ocorrência de “eventos sentinela”, ou seja, fatos considerados inadmissíveis no cotidiano dos serviços substitutivos de Saúde Mental, como “ausência de projeto terapêutico” para o usuário. Ainda assim, os autores não negam a importância de variáveis *hard* como número de técnicos, número de salas, carga horária, dentre outras. Sugerem, como etapas fundamentais da avaliação, a identificação de problemas, definição dos critérios e padrões de qualidade, construção de indicadores com base nas informações coletadas na realidade sob avaliação, confronto entre dados obtidos e critérios previamente definidos, bem como a discussão dos resultados (Saraceno et al, 1993)<sup>27</sup>. Os autores chamam a atenção para a importância dos “indicadores *soft*” em Saúde Mental que implicam a consideração de variáveis como estilo de trabalho, níveis de motivação, expectativas da equipe, entre outras, que constituem elementos decisivos para a qualidade dos resultados da atenção no campo do cuidado psicossocial.

Mais recentemente, com o apoio do CNPq e em convênio com o Ministério da Saúde, pesquisas têm sido publicadas enfocando a avaliação dos CAPs (Kantorski et al, 2009<sup>28</sup>; Cavalcanti et al, 2009<sup>29</sup>; Onocko et al, 2009<sup>30</sup>; Silva et al, 2009<sup>31</sup>; Nunes & Torrente, 2009<sup>32</sup> entre outros). Tais propostas procuram aprofundar a discussão da avaliação de serviços de saúde mental e criar novos instrumentos de avaliação. Contudo, é consenso entre os estudos realizados na área, que os parâmetros avaliativos de que dispomos, no campo da atenção

<sup>22</sup> PITTA, A. 1996. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (6): 313-321.

<sup>23</sup> SILVA FILHO, J. F. et al., 1996. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (7): 393-402.

<sup>24</sup> SILVA FILHO, J. F. et al., 1998. Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói – RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (2): 73-80.

<sup>25</sup> BANDEIRA, M. et al., 1999. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (6): 233-244.

<sup>26</sup> LIBÉRIO, M., 1999. Estudo de Satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ.

<sup>27</sup> SARACENO, B. et al., 1993. Evaluation of Psychiatric Services: Hard and Soft Indicators in Innovative Approaches in Service Evaluations: Consumer Contribution to Qualitative Evaluation – Soft Indicators. Geneva: WHO/MND/93.19.

<sup>28</sup> KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 29-35.

<sup>29</sup> CAVALCANTI, M. T.; DAHL, C. M.; CARVALHO, M. C. A.; VALENCIA, . Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 23-28.

<sup>30</sup> CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 16-22.

<sup>31</sup> SILVA, M. T.; LANCMAN, S. ; ALONSO, C. M. C. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 36-42.

<sup>32</sup> NUNES, M.; TORRENTE, M, Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 101-108.

psicossocial, ainda sejam insuficientes, notadamente no que diz respeito aos indicadores produzidos o que projeta uma lacuna sobre o funcionamento dessas novas instituições.

A incipiência de um modelo teórico definido em relação aos programas e serviços públicos de saúde, especialmente para os serviços de Saúde Mental, suscita outras importantes dificuldades para o campo da avaliação. O modelo teórico preconiza e define de que forma deveria funcionar um programa ou um serviço, de modo a explicitar o problema, a população e o contexto alvos da intervenção, os efeitos a curto, médio e longo prazo que se pretendem atingir, bem como os recursos e atributos do Programa necessários ao alcance dos objetivos propostos. Assim, o campo da atenção psicossocial carece ainda de indicadores capazes de traduzir a nova realidade da assistência. A quantidade e qualidade das informações disponíveis sobre o que se pretende avaliar exercem importância fundamental para a escolha ou elaboração dos indicadores.

### **2.2.2.A avaliação de serviços de saúde mental no contexto das IST/aids**

O objeto da pesquisa teve sua ênfase na avaliação dos serviços de saúde mental. Contudo, o aspecto principal contemplado foi a avaliação dentro do contexto da assistência e prevenção às IST (HIV/aids, Sífilis, Hepatite B e C). A relevância deu-se exatamente ao se verificar a preparação dos serviços de saúde mental em oferecer suporte para a prevenção e tratamento dessas condições, foco da discussão do artigo 1. A literatura internacional tem discutido o papel dos serviços de saúde mental na prevenção e suporte aos pacientes psiquiátricos com IST/aids. Entretanto, a literatura que trata desse tema específico no Brasil é rara. Essa lacuna de pesquisa encontrada nos serviços de saúde mental brasileiros se acentua quando põe-se em evidência a população psiquiátrica como um grupo potencialmente mais vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis.

Considerando as altas prevalências das IST na população psiquiátrica quando comparada à população geral, assim como o aumento de comportamentos de risco, torna-se prioritário atentar-se às necessidades de cuidados clínicos especiais para esses indivíduos e, nesse sentido, o papel dos serviços de saúde mental torna-se fundamental. Sabe-se que a prevalência de IST na população específica de pacientes psiquiátricos é bastante alta em comparação à população em geral. Nos USA, em um estudo multicêntrico, encontrou-se uma prevalência 8 vezes maior para o HIV; 5 vezes maior para hepatite B, e 11 vezes maior para hepatite C

(Rosenberg et al, 2001)<sup>33</sup>. No Brasil, encontramos maiores taxas de IST entre pacientes psiquiátricos, em comparação à população geral brasileira, com uma prevalência de 1,12% para sífilis; 0,80% para HIV; 1,64% para o HBsAg, 14,7% para anti-HBc e 2,63 % para anti-HCV (Guimarães et al, 2009)<sup>1</sup>. Além disso, segundo diversos autores, esses pacientes apresentam mais vulnerabilidade para IST/aids devido, principalmente, a dificuldades cognitivas e habilidades sociais para negociar sexo seguro; uso de drogas ilícitas; privação social: mais alto grau de pobreza, desemprego e ausência de moradia, falta de informação e conceitos errôneos sobre a infecção pelo HIV; comportamento de risco sexual para IST/aids - uso inconsistente de preservativo, múltiplos parceiros, bem como parceiros sexuais de alto risco (Meade e Sikkema, 2005<sup>34</sup>; Rosenberg et al, 2001<sup>33</sup>; Vanable et al, 2007<sup>35</sup>).

Apesar de tudo isto, pouco ainda se conhece acerca da saúde dos portadores de sofrimento mental fora da abordagem psíquica desses transtornos. Mesmo antes da epidemia de HIV, cerca de 50% das desordens físicas graves não eram detectadas entre os pacientes com transtornos mentais severos que recebiam tratamento psiquiátrico (Sullivan et al)<sup>36</sup>. Vários estudos têm indicado a existência de taxas de mortalidade 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 (Jeste et al 1996<sup>37</sup>, Brow ,1997<sup>38</sup>; Harris& Barrablough, 1998<sup>39</sup>; Stroup et al, 2000<sup>40</sup>; Robson;&Gray, 2007<sup>41</sup>).

---

<sup>33</sup> ROSENBERG SD, GOODMAN LA, OSHER FC et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health* 91:31-7, 2001

<sup>34</sup> MEADE, C.S., SIKKEMA, K.J. (2005). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical Psychological Review*, 25:433-57.

<sup>35</sup> VANABLE PA, CAREY MP, CAREY KB, MAISTO SA. Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of a sexually transmitted infection. *J Prev Interv Comm*. 2007; 33(1-2):79-94.,

<sup>36</sup> SULLIVAN G, KOEGEL P, KANOUSE DE, COURNOS F, MCKINNON K, YOUNG, AS, BEAN D. HIV and People With Serious Mental Illness: The Public Sector's Role in Reducing HIV Risk and Improving . *Psychiatr Serv* . 1999;50(5): 648-52

<sup>37</sup> JESTE D, GLADSO J, LINDMAYER L, LACRO J. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22 (3), 413–430.

<sup>38</sup> BROWN S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171: 502-8, 1997.

<sup>39</sup> HARRIS EC, BARRABLOUGH B: Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 173:11–53, 1998

<sup>40</sup> STROUP TS, GILMORE JH, JARSKOG LF: Management of medical illnesses in persons with schizophrenia. *Psychiatric Annals* 30: 35–40, 2000

<sup>41</sup> ROBSON D, GRAY R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int J Nurs Study*. 2007;44(3):457-66.

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 revela-se escassa (Swartz et al, 2003)<sup>42</sup>. Nesse sentido, os serviços de saúde mental, principalmente os CAPs, pelo seu papel inovador (que se apresenta na quantidade e diversidade de suas atribuições que envolvem o atendimento clínico dos usuários e a articulação da rede de cuidados de saúde mental territorial), devem ser redimensionados. Os aspectos biológicos do atendimento clínico dos usuários devem ser valorizados, assim como os aspectos psicossociais. A integralidade de ações 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 às necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, de forma indiscriminada, um conjunto de serviços sanitária e socialmente essenciais (Carvalho, 2006 apud BRASIL, 2006)<sup>43</sup>.

Segundo Mattos (2001)<sup>44</sup>, a integralidade contempla 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. O autor confere três conjuntos de sentidos à integralidade: como atributo das práticas dos profissionais de saúde (compreendendo conjunto das necessidades de ações e serviços que dado paciente requer) como característica da organização dos serviços (rompendo a dissociação práticas públicas, assistenciais e práticas preventivas e curativas) e como respostas governamentais aos problemas de saúde (incorporando possibilidades: promoção, prevenção, cura e reabilitação).

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,

---

<sup>42</sup> SWARTZ, MS, SWANSON, JW, HANNON, MJ, BOSWORTH ET AL. Regular sources of medical care among persons with severe mental illness at risk of hepatitis C infection, *Psychiatric services*, 2003, 6, 854-859

<sup>43</sup> BRASIL. Ministério da Saúde . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília, 2006, 164p.

<sup>44</sup> MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.

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 não exclui, portanto quaisquer das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (Campos, 2003; Nunes; Juca; Valentim, 2007; Silva et al, 2005 apud Guimarães et al, 2007)<sup>45</sup>.

Nesse sentido, Hartz & Contandriopoulos, 2004<sup>46</sup> partem do pressuposto de que a integralidade da atenção funciona como um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. No caso do paciente psiquiátrico, a dimensão integral do atendimento deve contemplar também os cuidados clínicos, já que frequentemente o único acesso ao sistema de saúde para essa população é através dos serviços de saúde mental, em especial nos quadros psiquiátricos graves e crônicos. Pessoas com transtornos mentais graves, particularmente aqueles cujo adoecimento precedeu o diagnóstico do HIV entram mais em tratamento formal por intermédio dos serviços públicos de saúde mental. Estes serviços são, por conseguinte, chamados a desempenhar um papel crítico na detecção e tratamento dos pacientes HIV-positivos (Satriano et al, 2007)<sup>47</sup>.

Apesar das taxas elevadas de infecção de IST/HIV entre os pacientes psiquiátricos, os profissionais da área de saúde mental continuam relutantes na avaliação de uma história de comportamentos de risco dos pacientes, assim como na recomendação da testagem voluntária aos que forem avaliados em situação de risco. Além disso, parecem também resistentes em

---

<sup>45</sup> CHERCHIGLIA, ML, ACURCIO, FA, MELO, APS. O desafio de construir a integralidade das ações em saúde mental e IST/Aids no Sistema Único de Saúde. In: 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.

<sup>46</sup> HARTZ Z. M.A, CONTANDRIOPOULOS A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública* 2004. 20 Sup 2:S331-S336,

<sup>47</sup> 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* 33(1/2):. 95-108; 2007

abordar as questões relacionadas a aids, talvez por preocupações com a confidencialidade e responsabilidade associadas ao tratamento de pessoas HIV positivas com grave doença mental.

Assim, muitas equipes de saúde mental apresentam dificuldades em assumir a coordenação do tratamento clínico da infecção pelo HIV, o qual se torna cada vez mais complexo. O conhecimento da infecção pelo HIV pode evidenciar problemas médicos complicados, que os profissionais de saúde mental não se sentem competentes para responder. A combinação da poli-farmácia da doença mental e do tratamento do HIV trazem à tona as dificuldades impostas pelas interações medicamentosas que exigem atuação de especialistas. Na verdade, os pacientes que requerem esse nível de coordenação de cuidados são com frequência referidos de um serviço para outro, uma vez que não existe um serviço adequado para satisfazer suas necessidades particulares. A obtenção de tratamento para uma doença detectada exige localização de um provedor de assistência médica oportuna, marcação de consultas, obtenção de transporte para o local, um conjunto intimidador de atividades e barreiras para um contingente de portadores de doenças mentais graves (Sullivan et al,1999)<sup>37</sup>.

As relações entre os serviços psiquiátricos e demais serviços de atenção médica constituem, portanto, um desafio, já que nenhum dos grupos está preparado para assumir a responsabilidade final pelos cuidados clínicos dos pacientes (Collins et al, 2006<sup>48</sup>; Robson & Gray, 2007<sup>35</sup>; Sullivan et al, 1999<sup>37</sup>). Consequentemente, evidencia-se uma dificuldade na detecção das doenças e no adequado tratamento de qualquer tipo de co-morbidade para os pacientes portadores de doenças mentais graves.

As barreiras de acesso aos serviços que potencialmente, colocam essa população em risco de desassistência tem servido de tema a discussões. Estudos sobre a relação entre os serviços de saúde mental e a atenção e prevenção às IST/aids indicam que os médicos clínicos vêem-se menos propensos a assistir pacientes com sintomas precoces de HIV que também apresentam uma doença mental grave, enquanto os prestadores de serviços em saúde mental relutam em tratar clientes HIV positivos (SULLIVAN et al, 1999<sup>37</sup>). Esses dados denunciam uma

---

<sup>48</sup> COLLINS P Y, HOLMAN A R, FREEMAN M C, PATEL V; What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *Aids* 2006; 12: 1571-82.

fragmentação do cuidado referente aos aspectos físicos e mentais dos pacientes psiquiátricos no sistema de saúde, colocando-os em risco de "cair através das rachaduras do sistema".

Nenhuma evidência se encontrou para sugerir que o não recebimento de atendimento médico baseou-se na relutância dos pacientes em colaborar com o sistema médico ou dúvidas sobre os benefícios desse cuidado. Pelo contrário, mesmo os pacientes estando dispostos, foi-lhes difícil obter o acesso ao cuidado de que necessitavam. (Satriano et al, 2007)<sup>48</sup>.

Tendo como base essa discussão, o artigo 3 avaliou o desempenho dos vinte e seis serviços de saúde mental na devolução dos resultados de exames de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Considerando o papel dos serviços de saúde mental no suporte clínico aos pacientes, a pesquisa pôde elucidar e confirmar uma série de dificuldades, já percebidas em trabalhos anteriores, na inter-relação entre o campo da saúde mental e as necessidades de intervenções da clínica médica mais especificamente, as IST/aids.

### **2.3 Comportamentos de risco em IST/aids em pacientes psiquiátricos e o grau de conhecimento sobre HIV/aids:**

O Projeto PESSOAS investigou e busca elucidar comportamentos de risco da população de pacientes psiquiátricos brasileiros às IST/aids. Estudos internacionais têm indicado mais altos índices de prevalência de aids nessa população, quando comparados à população geral, assim como um aumento de comportamentos de risco. (Koen et al, 2007<sup>49</sup>; Cournos & Mckinnon,1997<sup>50</sup>; Kalichman et al.,1996<sup>51</sup>; Kelly et al., 1995<sup>52</sup>; McDermott et al., 1994<sup>53</sup>; McKinnon, 1996<sup>54</sup>; Rosenberg et al.,2001<sup>55</sup>, Tucker et al., 2003,<sup>56</sup> Sacks et al., 1992<sup>57</sup>; Baer et al., 1988<sup>58</sup>; Carey et al., 1997<sup>59</sup>).

---

<sup>49</sup> KOEN L, NIEHAUS DJH, EMSLEY RA. (2007) Negative symptoms and HIV/AIDS risk-behavior knowledge in schizophrenia. *Psychosomatics* 48:2, 128-134

<sup>50</sup> COURNOS F, MCKINNON K: HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clin Psychol Rev* 1997; 17:259-269

<sup>51</sup> KALICHMAN, S. C., CAREY, M. P., AND CAREY, K. B. (1996). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Risk among the seriously mentally ill. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 130-143.

<sup>52</sup> KELLY, J. A., MURPHY, D. A., SIKKEMA, K. J., SOMLAI, A. M., MULRY, G. W., FERNANDEZ, M. I., MILLER, J. G., AND STEVENSON, L. Y. (1995). Predictors of high and low levels of HIV risk behavior among adults with chronic mental illness. *Psychiatric Services*,46, 813-818.

<sup>53</sup> MCDERMOTT, B. E., SAUTTER, F. J., WINSTEAD, D. K., AND QUIRK, T. (1994). Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*,45(6), 580-585.

<sup>54</sup> MCKINNON, K. ; COURNOS, F.; SUGDEN, R; GUIDO, J.R.; HERMAN, R. The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:506-513.

A avaliação de comportamentos de risco para as IST/aids tem sido objeto de diversas publicações científicas, assim como os aspectos preventivos e intervenções eficazes para diminuir tais comportamentos nessa população (Kalichman et al 1995<sup>60</sup>; Otto-Salaj et al, 2001<sup>61</sup>; Kloos et al, 2005<sup>62</sup>). Nesse sentido, o tema do conhecimento sobre HIV/aids entre os pacientes psiquiátricos tem sido investigado com intuito de compreender o seu papel na prevenção de comportamentos de risco (Peruga & Celentano, 1993<sup>63</sup>, Grassi et al, 1999<sup>64</sup>, Chuang & Atkinson, 1996<sup>65</sup>, Ogunsemi et al, 2006<sup>66</sup>).

### **2.3.1 O conhecimento sobre HIV/aids e os riscos para as Infecções sexualmente transmissíveis (IST)**

Estudos que avaliam o nível de conhecimento em HIV/aids na população psiquiátrica têm sido conduzidos primariamente em países desenvolvidos. Encontrou-se que os escores do nível de conhecimento variam entre 63 a 80%, mostrando-se comparáveis àqueles

---

<sup>55</sup> ROSENBERG, S. D., TRUMBETTA, S. L., MUESER, K. T., GOODMAN, L. A., OSHER, F. C., VIDAVER, R. M., AND METZGER, D. S. (2001). Determinants of risk behavior for Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 263–271.

<sup>56</sup> TUCKER, J. S., KANOUSE, D. E., MIU, A., KOEGEL, P., AND SULLIVAN, G. (2003). HIV risk behaviors and their correlates among HIVpositive adults with serious mental illness. *AIDS and Behavior*, 7, 29–40.

<sup>57</sup> SACKS, M., DERMATIS, H., LOOSER-OTT, S., AND PERRY, S. (1992). Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 736–737.

<sup>58</sup> BAER, J. W., DWYER, P., AND LEWITTER-KOEHLER, S. (1988). Knowledge about AIDS among psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(9), 986–988.

<sup>59</sup> CAREY, M. P., CAREY, K. B., WEINHARDT, L. S., AND GORDON, C. M. (1997). Behavioral Risk for HIV Infection among Adults with a Severe and Persistent Mental Illness: Patterns and Psychological Antecedents. *Community Mental Health Journal*, 33, 133–142.

<sup>60</sup> KALICHMAN, S., SIKKEMA, K., KELLY, J., & BULTO, M. (1995). Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among chronic mentally ill adults. *Psychiatric Services*, 46, 275–280.

<sup>61</sup> OTTO-SALAJ, L. L., KELLY, J. A., STEVENSON, L. Y., HOFFMANN, R., AND KALICHMAN, S. C. (2001). Outcomes of a randomized smallgroup HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(2), 123–144.

<sup>62</sup> KLOOS, B., GROSS, S. M., MEESE, K. J., MEADE, C. S., DOUGHTY, D. L., & SIKKEMA, K. (2005). Negotiating risk: Knowledge and use of HIV prevention by persons with serious mental illness living in supportive housing. *American Journal of Community Psychology*, 36, 357–372.

<sup>63</sup> PERUGA A.; CELENTANO D. D.; Correlates of AIDS knowledge in sample of general population. *Soc. Sci. Med.* Vol 36, 4 509-524, 1993

<sup>64</sup> GRASSI L, PERON L, FERRI S, ET AL: HIV-related risk behavior among Italian psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 40: 126–130, 1999

<sup>65</sup> CHUANG HT, ATKINSON M: AIDS knowledge and high-risk behaviour in the chronic mentally ill. *Canadian Journal of Psychiatry* 41:269–272, 1996

<sup>66</sup> OGUNSEMI O.O., LAWAL R. A., OKULATE G. T, MB, ALEBIOSU C. O., OLATAWURA M. O., A Comparative Study of HIV/AIDS: The Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors of Schizophrenic and Diabetic Patients in Regard to HIV/AIDS in Nigeria *Medscape General Medicine*. 2006;8(4):42.

encontrados na população geral (Otto-salj et al, 1998<sup>67</sup>; Mckinnon et al,1996<sup>54</sup>; Mckinnon et al,2002<sup>68</sup>). Entretanto, déficits no conhecimento sobre HIV/aids têm sido evidenciados com frequência (Katz et al,1994<sup>69</sup>; Carey e Kalichman, 1997<sup>51</sup>; Grassi et al, 2001<sup>70</sup>, Carey et al,2004<sup>71</sup>; Ogunsemi et al, 2006<sup>66</sup>). Por exemplo, Kelly et al, 1992<sup>72</sup> reportou que muitos pacientes com transtorno mental grave estavam desinformados quanto a aspectos práticos da redução dos riscos da infecção pelo HIV: 43% acreditavam que a mulher heterossexual não se tornava infectada pelo HIV. Baer et al, 1988<sup>58</sup> verificaram que os déficits de conhecimento sobre HIV/aids são relativamente comuns entre os pacientes psiquiátricos. Kalichman e Carey, 1996<sup>51</sup> evidenciaram que muitos pacientes psiquiátricos graves também não tinham informações sobre os meios de transmissão e prevenção sobre HIV/aids. Strauss, 2006<sup>73</sup> reportou altas taxas de conhecimento incorretos entre os veteranos americanos com doença mental grave, sendo que 40% desses pacientes apresentavam algum grau de desinformação.

Apesar de exemplos claros, em cuja população os conhecimentos sobre HIV/aids poderiam ser melhorados, nota-se parca evidência de que déficits em conhecimento sobre HIV/aids estejam associados a comportamento de risco ou à redução de risco. Zafrani & Mclaughlin, 1990<sup>74</sup> encontraram associação entre baixo conhecimento sobre aids e mais alto comportamento de risco, embora outros estudos não tenham corroborado este achado (Hanson et al, 1992<sup>75</sup>; Steiner & Rosenblatt,1992<sup>76</sup>). McKinnon & Cournos 1996<sup>54</sup> evidenciaram que conhecimento por si só não predizia qualquer comportamento de risco. Por outro lado, alguns autores descreveram que indivíduos que se engajavam em comportamentos sexuais de risco,

---

<sup>67</sup> OTTO-SALAJ LL, HECKMAN TG, STEVENSON LY, KELLY JA. Patterns, predictors, and gender differences in HIV risk among severely mentally ill men and women. *Community Ment Health J* 1998; 34:175-90.

<sup>68</sup> MCKINNON K, COURNOS F, HERMAN R. HIV among people with chronic mental illness. *Psychiatr Q* 2002; 73:17-31.

<sup>69</sup> KATZ RC, WATTS C, SANTMAN J. AIDS knowledge and high risk behaviors in the chronic mentally ill. *Community Ment Health J* 1994; 30:395-402.

<sup>70</sup> GRASSI L, BIANCOSINO B, RIGHI R, FINOTTI L, PERÓN L. Knowledge about HIV transmission and prevention among Italian patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2001; 52:679-81.

<sup>71</sup> CAREY M, CAREY K, MAISTO S, SCHRODER KE, VANABLE PA, GORDON CM. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:289-96.

<sup>72</sup> KELLY JA, MURPHY DA, BAHR GR, BRASFIELD TL, DAVIS DR, HAUTH AC, ET AL. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149:886-9.

<sup>73</sup> STRAUSS JL. Knowledge and risks of human immunodeficiency virus transmission among veterans with severe mental illness. *Mil Med* 2006; 171: 325-30.

<sup>74</sup> ZAFRANI M, MCLAUGHLIN DG. Knowledge about AIDS. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:1261.

<sup>75</sup> HANSON M, KRAMER TH, GROSS W, QUINTANA J, LI P-W, ASHER R. AIDS awareness and risk behaviors among dually disordered adults. *AIDS Educ Prev* 1992; 4:41-51.

<sup>76</sup> STEINER J, LUSSIER R, ROSENBLATT W. Knowledge about and risk factors for AIDS in a day hospital population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43:734-5.

corretamente percebiam-se em maior risco para infectar-se pelo HIV (Carey et al, 1997<sup>59</sup>; Otto-salj et al, 1998<sup>67</sup>; Weinhart et al, 1998<sup>77</sup>; Meade,2005<sup>78</sup>), e que comportamentos de risco podem ocorrer no contexto de desinformação sobre HIV/aids (Kalichman et al 1994<sup>79</sup>). Não obstante, Vanable et al, 2007<sup>80</sup> encontrou um nível mais alto de conhecimento sobre HIV/aids entre pacientes psiquiátricos que informaram ter história de IST.

Nos dois únicos países em desenvolvimento onde foi avaliado conhecimento sobre HIV entre pacientes psiquiátricos, investigadores da Nigéria se depararam com um grau de conhecimento entre pacientes psiquiátricos mais baixo que na população geral (Ogunsemi et al, 2006<sup>66</sup>). No Brasil, Wainberg et al, 2008<sup>81</sup> avaliaram o grau de conhecimento por meio do questionário de conhecimento breve sobre HIV (Brief HIV-KQ) tendo encontrado uma taxa média de 61,2% de respostas corretas.

Apesar de algumas discordâncias na literatura, é necessário que estudos sejam delineados de forma a continuar elucidando o papel do conhecimento sobre HIV/aids entre pacientes psiquiátricos. Nesse sentido, alguns modelos de intervenção têm oferecido informações sobre HIV/aids como uma ferramenta potencial para reduzir comportamentos de risco contra a aquisição do HIV ou de outras IST (Fisher et al, 2002<sup>82</sup>). Avalia-se que melhorar esse conhecimento nesta população vem a se tornar um pré-requisito para mudanças de comportamentos de risco e um passo importante na prevenção dessas infecções.

O artigo 2 que será apresentado a seguir tem por objetivo investigar o conhecimento sobre HIV/aids entre os pacientes psiquiátricos e avaliar o papel dos serviços de saúde mental na aquisição desse conhecimento.

---

<sup>77</sup> WEINHARDT LS, CAREY MP, CAREY KB. HIV-risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with severe mental illness and persistent mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:276-82.

<sup>78</sup> MEADE CS, GRAFF FS, GRIFFIN ML, WEISS RD. HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: associations with mania and drug abuse. *Drug Alcohol Depend* 2008; 92:296-300.

<sup>79</sup> KALICHMAN SC, KELLY JA, JOHNSON JR, BULTO M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *Am J Psychiatry* 1994; 151:221-7.

<sup>80</sup> VANABLE PA, CAREY MP, CAREY KB, MAISTO SA. Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of sexually transmitted infection. *J Prev Interv Community* 2007; 33:79-94.

<sup>81</sup> WAINBERG ML, MCKINNON K, ELKINGTON KS, MATTOS PE, MANN CG, PINTO DE. Prevalence of HIV risk and protective factors among adults with SMI in Brazil. *World Psychiatry* 2008;7:166-172)

<sup>82</sup> FISHER JD, FISHER WA, BRYAN AD, MISOVICH SJ. Information- motivation-behavioral skills model based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychol* 2002; 21:177-86.

### **3 OBJETIVOS**

---

## 3 OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os serviços de saúde mental no contexto da prevenção e tratamento das IST/aids inseridos em estudo multicêntrico brasileiro- Projeto Pessoas (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental).

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever os indicadores de estrutura e processo relacionados à qualidade da atenção nos 26 serviços participantes em amostra representativa nacional no contexto da prevenção e tratamento das IST/aids. (Artigo original 1)
2. Investigar o nível de informação sobre HIV/aids relatado pelo pacientes psiquiátricos participantes e se fatores sócio-demográficos, clínicos ou dos serviços de saúde mental relacionam-se a esse grau de informação. (Artigo original 2)
3. Investigar se fatores sócio-demográficos, clínicos ou dos serviços de saúde mental estiveram associados ao recebimento dos exames sorológicos (HIV/aids, Sífilis, Hepatite B e C) entre os pacientes psiquiátricos, nos serviços de saúde mental. (Artigo original 3)

## **4 ARTIGO ORIGINAL 1**

**Publicado na Revista Médica de Minas Gerais**

---

## **AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DO PROJETO PESSOAS(\*)**

---

*Ana Paula Souto Melo<sup>1,2</sup> , Francisco de Assis Acúrcio<sup>2,3</sup>, Mariângela Leal Cherchiglia<sup>2,4</sup>, Carolina Crosland Guimarães Veloso<sup>2,5</sup> , Mark Drew Crosland Guimarães<sup>2,6</sup>*

- 1- Preceptora do Hospital Escola Raul Soares. Doutoranda em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina-UFMG.
- 2- Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS), Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG
- 3- Professor Associado do Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia, UFMG. Titulação: Doutor e Pós-Doutor
- 4- Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG: Titulação: Doutora
- 5- Bolsista Iniciação Científica FAPEMIG, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG
- 6- Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG. Titulação: Doutor e Pós-Doutor

Autora responsável pela correspondência: **Ana Paula Souto Melo**

**Endereço: Rua Espírito Santo 2727/104-Lourdes. Belo Horizonte, MG- CEP 30160-032 Tel: 31-3282-5516. Email: [apsmelo@uol.com.br](mailto:apsmelo@uol.com.br)**

\* 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” .

\*PESSOAS Project (HIV seroprevalence in Mental Health Institutions in Brazil: A national multicenter study)

FINANCIAMENTO: PN DST/AIDS- UNESCO

**ARTIGO ORIGINAL**

**Objetivos:** Avaliar os serviços de saúde mental participantes do Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental) por meio de indicadores de estrutura e processo de atenção no contexto da assistência e prevenção às DST/AIDS.

**Métodos:** Estudo de corte transversal multicêntrico em amostra representativa nacional de usuários de serviços de saúde mental. Foram selecionados aleatoriamente 11 hospitais psiquiátricos e 15 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todas as regiões do país. Um questionário de avaliação de serviços de saúde mental foi aplicado pelo supervisor local da pesquisa para avaliar descritivamente indicadores selecionados de estrutura e de processo.

**Resultados:** A avaliação indicou que tanto os hospitais psiquiátricos como os CAPS apresentam dificuldades no atendimento da demanda de suporte clínico aos pacientes. Apenas 19,2% dos serviços consideraram que o sistema de referência e contra-referência estava totalmente estruturado, evidenciando uma precária interlocução entre os serviços de saúde. Além disso, há uma fragilidade de recursos humanos e materiais nos CAPS, assim como uma menor disponibilidade de medicamentos para as urgências clínicas. Poucos serviços tinham programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar da existência de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV.

**Conclusão:** Os indicadores avaliados permitiram maior conhecimento da realidade e particularidades destes serviços no contexto do Projeto PESSOAS, fornecendo subsídios para orientar políticas públicas direcionadas à melhoria da assistência clínica e diminuição da disseminação das DST/HIV entre as pessoas com transtornos mentais severos. Contudo, a integralidade de ações nesses serviços ainda se mantém como um desafio para os gestores.

**Palavras Chaves:** Avaliação de serviços de saúde, Serviços de saúde mental, DST, AIDS, Pesquisa sobre serviços de saúde, Qualidade dos cuidados de saúde

## 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”<sup>1</sup>. 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 (e.g. recursos materiais, humanos, arranjos organizacionais), de processo (e.g. atividades inerentes à atenção à saúde incluindo interação profissionais de saúde-população assistida) e de resultados (e.g. mudanças no estado de saúde da população promovidas pelos cuidados recebidos)<sup>(2,3)</sup>

Nas últimas décadas, o Brasil vem promovendo mudanças 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 de serviços de atenção ambulatorial denominados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). A implantação destes 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 social, o lazer, a hospitalidade e a oportunidade de trabalho para os portadores de sofrimento mental.<sup>4</sup>

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<sup>(5)</sup>. Com isso, os serviços de saúde mental apresentam dificuldades de 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<sup>(6,7,8)</sup>. Conseqüentemente, evidencia-se uma dificuldade na detecção das doenças e adequado tratamento para os pacientes com doenças mentais graves com qualquer tipo de

comorbidade. 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 que 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 (9,10,11,12,13,14,7). Outros fatores que se relacionam ao aumento da morbi-mortalidade são a prevalência alta de tabagismo, dieta pobre, falta de atividade física, comorbidade com uso de substâncias e práticas sexuais inseguras (15,16).

Nesse sentido, dentre as várias situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos indivíduos com sofrimento mental, ressaltam-se os riscos aumentados para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Dificuldades cognitivas e de habilidades sociais 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.<sup>17</sup> 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.<sup>18,19,20</sup> 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.<sup>8</sup>

Wright & Gayman (2005)<sup>21</sup> 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, (1992)<sup>22</sup> 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 na prestação dessa assistência, principalmente em suas necessidades de suporte clínico.

É nesse contexto que o projeto PESSOAS (Estudo da Soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional) foi planejado e conduzido pelo Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/FM/UFMG) em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Os principais objetivos do Projeto PESSOAS foram determinar a prevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C, avaliar os fatores associados com a positividade das mesmas e descrever os indicadores de estrutura e processo relacionadas à qualidade da atenção nos serviços participantes em amostra representativa nacional<sup>23</sup>. Este artigo apresenta, especificamente, os resultados descritivos do componente avaliação das 26 instituições de saúde mental participantes do projeto no contexto da assistência e prevenção às DST/aids.

## MÉTODOS

*Desenho:* Foi realizado estudo de corte transversal, para determinar as prevalências da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C entre os pacientes internados em 11 hospitais psiquiátricos ou em atendimento nos 15 CAPS selecionados aleatoriamente. Informações sobre a atenção à saúde, incluindo os aspectos clínicos, o perfil sociodemográfico e as características dos serviços foram coletadas retrospectivamente. A pesquisa foi iniciada em julho de 2005 e encerrada em junho de 2007.

*População e amostra:* A seleção dos centros foi aleatória e proporcional ao número de casos de aids notificados no Brasil por região e tipo de serviço (hospital ou CAPS). O plano amostral foi constituído de cinco etapas: 1. Cálculo amostral para o qual estimou-se serem necessários 3.362 pacientes considerando uma perda de 40%, uma precisão de 0,2% e um nível de confiança de 0,05<sup>24</sup>; 2. Distribuição da amostra de acordo com os estratos Hospitais e CAPS, considerando dados disponibilizados pela Área Técnica de Saúde Mental/MS, até dezembro de 2003; 3. Ponderação de cada estrato de acordo com as Regiões e distribuição dos casos de aids notificados no Brasil, até dezembro de 2003; 4. Seleção aleatória dos 11 Hospitais e 15 CAPS necessários para se atingir o número de pacientes desejado; 5. Seleção aleatória dos pacientes dentro de cada unidade.<sup>23</sup>

*Avaliação de serviços:* Foi elaborado um instrumento específico contendo indicadores de estrutura e processo de atenção destinado a avaliar a qualidade dos serviços selecionados, adaptado de instrumento previamente utilizado e disponibilizado em <http://saudepublica.medicina.ufmg.br/instrumentos.htm>. Após ter sido testado e avaliado

durante o estudo preliminar do projeto PESSOAS, o questionário foi aplicado no período de investigação pelo supervisor local da pesquisa, juntamente com o diretor clínico nos hospitais psiquiátricos e gerentes nos CAPS. A avaliação foi realizada por meio do levantamento de informações em 14 seções do questionário que incluíam a identificação da unidade, as 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 DST, garantia dos direitos individuais do paciente e avaliação da obtenção das informações para o questionário

*Análise:* Os questionários foram verificados, digitados em banco de dados (Paradox Windows®) e processados para a análise. Foram criados filtros de validação visando aprimorar a qualidade dos dados. As análises descritivas foram feitas de forma agregada e incluíam distribuições de frequências das variáveis para a caracterização do perfil dos serviços selecionados por meio dos softwares SAS® e Epi-info.

*Aspectos Éticos:* O projeto foi aprovado pelos serviços participantes, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, Etic 125/05) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) 23.

## RESULTADOS

A lista dos serviços selecionados com a distribuição do tamanho amostral pode ser visto na tabela 1. A maioria destes serviços era de natureza pública (80,9%) sendo 19,1% classificados como privados, todos estes hospitais psiquiátricos (Tabela 2). 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 noturno. Em relação aos tipos de assistência prestada aos pacientes, destaca-se que o atendimento familiar e oficinas terapêuticas eram 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 compõem 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 esta insuficiência foi o aumento da demanda de atendimento, indicada como excessiva por algumas instituições. Além disto, foram relatadas a falta de recursos financeiros para ampliar o quadro de profissionais, além da 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 capacitação aos profissionais no último ano (60,0%) enquanto os hospitais ofereceram capacitação 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 nos CAPS este percentual é de 94,6%. Para outras categorias profissionais avaliadas como a clínica médica, neurologia, enfermagem, assistência social encontrou-se relatos de atendimentos nos hospitais em 79,4%, 4,7% e 99,4%, 89,3% enquanto nos CAPS observou-se em 18,4%, 0,7% e 61,9%, 54,6% respectivamente para cada categoria profissional <sup>(23)</sup>.

Os principais problemas encontrados com relação à disponibilidade de exames laboratoriais foram o número insuficiente de cotas, a demora para a autorização e realização dos exames, assim como para o recebimento dos resultados. Além disto, havia relato de dificuldade com o transporte de pacientes e impedimentos para a realização de exames de alta complexidade. Apenas 11,5% dos serviços relatou não apresentar problemas com a disponibilidade de exames, sendo que um 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 estão 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, e.g. ambú, laringoscópio e balão de oxigênio (Tabela 2). Além disto, para os CAPS, 33,4% considerou o estado de conservação destes equipamentos como muito ruim e regular, enquanto que todos os hospitais os consideraram bons. Somente os hospitais, em 27,3%, 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 manual de DST 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 este 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, esta 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 ausentes. Destaca-se que 20,0% dos CAPS não têm este serviço estruturado. 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 3). A maioria destes, nos CAPS (33,4%). Tais programas eram realizados através de oficinas com os pacientes, com temática acerca de sexualidade e planejamento familiar, assim como através de palestras mensais e cursos de educação sexual. Trinta e um por cento dos serviços indicaram oferecer programas e atividades de educação específicos para DST, 25% destes 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 a sua distribuição pelas unidades básicas e a falta de programas de educação sexual nas instituições. Uma instituição identificou o serviço como local impróprio, onde acreditavam que não poderia haver relações sexuais. Outra indicou que era 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, agendar as consultas e transportar estes pacientes até os serviços especializados para seu acompanhamento e tratamento. Quando algum paciente da instituição estava infectado por alguma DST, incluindo HIV/aids, o procedimento mais comum foi o registro nos prontuários, além de comunicar o paciente, a família e 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 de serviços foram: a busca de informações em diversos setores dos serviços, a falta de informatização para a coleta de dados estatísticos, deficiência de registro nos setores técnicos administrativos. Ademais, encontrou-se 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.<sup>25,26,27,28,29,7</sup> Entretanto, estes 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 DST nesta 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, nos quais 75% dos CAPS incluem-se entre as modalidades de CAPS I e II. No Brasil, apenas 3,7% dos CAPS são estruturas mais complexas, denominados de CAPS III, com funcionamento 24 horas por dia, como os hospitais psiquiátricos.<sup>30</sup>

Evidenciou-se uma precária interlocução com os serviços de referência e contra-referência, principalmente sobre a atenção clínica dos 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 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. Estudo sobre a relação entre os serviços de saúde mental e a atenção e prevenção das DST/aids indicam que médicos clínicos estão menos inclinados a fazer um trabalho cuidadoso com pessoas com sintomas precoces de HIV que também apresentam uma doença mental grave, enquanto os prestadores da saúde mental são relutantes em tratar os clientes que são HIV positivos<sup>(8)</sup>. 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<sup>(23)</sup> verificou-se que havia registros de diagnósticos não-psiquiátricos em 23% dos prontuários. Contudo, os pacientes relataram co-morbidade clínica referida em 44,8%, evidenciando uma discrepância entre os dados, podendo indicar uma ineficácia na avaliação clínica desses pacientes.

Quando se avalia 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 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 assistências que devem ser prestadas aos pacientes<sup>31</sup>. Em contraposição, os hospitais psiquiátricos, através do PNASH (Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria Portaria GM 251/2002)<sup>31</sup> são mais fiscalizados. A legislação é mais específica e determina avaliações regulares destes e, entre outras definições, estabelece a necessidade de leitos de intercorrência clínica, 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.<sup>31</sup>

Os CAPS apresentam melhores resultados quando se avalia alguns recursos terapêuticos, como por exemplo, a presença de cooperativas de trabalho ou similares que visam 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 DST, os CAPS também apresentaram melhores resultados, embora as instituições em conjunto tenham evidenciado dispor de poucos recursos para o desenvolvimento destas atividades revelando, mais uma vez, os obstáculos à atenção clínica aos pacientes. É importante enfatizar que poucos serviços tinham programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar da existência de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV. Esta situação indica um despreparo para desenvolver programas de prevenção, abordar questões relacionadas com a 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 das mesmas apresentarem um forte impacto nas redes sexuais desses pacientes<sup>(32)</sup>. 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 inconsistente de preservativo <sup>(33)</sup>.

Diante desta situação, os serviços de saúde mental podem desempenhar um papel fundamental na prevenção às IST na população psiquiátrica. Alguns autores indicam ações que podem ser implementadas como, obter histórias detalhadas sobre os comportamentos de risco para as IST, incentivar a testagem e aconselhamento sobre HIV/aids. Além disso, tornar os preservativos mais acessíveis aos pacientes, promover grupos de intervenção para pacientes 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 <sup>(22,8)</sup>.

Finalmente, apesar da 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 idéia de encaminhamento, tornando possível o vínculo terapêutico e responsabilização, utilizando-se de tecnologias como as equipes de referência e o apoio matricial em saúde mental <sup>(34)</sup>. Nesse sentido, O fortalecimento de uma política que contemple tal desafio e aprofunde o desenvolvimento do novo modelo assistencial apresenta grande relevância social, considerando-se a maior vulnerabilidade clínica observada entre os indivíduos com sofrimento mental, especialmente no âmbito das DST/aids. Será necessária uma concentração de esforços para melhorar a assistência clínica e reduzir a disseminação das DST/HIV entre as pessoas com problemas mentais sérios, bem como tratar efetivamente todos aqueles que já estão infectados.

#### **REFERÊNCIAS :**

- 1- Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB; Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil . Cad. saúde pública 2004; 20(supl.2):310-321.
- 2- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260: 1743-8
- 3- Vuori HV. A qualidade de saúde. Divulgação em Saúde para Debate 1991; 1(3): 17-25

- 4- Alves DS. 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/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.
- 5- Swartz, MS, Swanson, JW, Hannon, MJ, Bosworth et al. Regular sources of medical care among persons with severe mental illness at risk of hepatitis C infection, *Psychiatric services*, 2003, 6, 854-859
- 6- Collins P Y, Holman A R, Freeman M C, Patel V; What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *Aids* 2006; 12: 1571-82.
- 7- Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(3): 457-66.
- 8- Sullivan G, Koegel P, Kanouse DE, Cournos F, Mckinnon K, Young, AS, Bean D. HIV and People With Serious Mental Illness: The Public Sector's Role in Reducing HIV Risk and Improving . *Psychiatric Services* , 1999 50( 5): 648-52
- 9- Black DW: Iowa record-linkage study: death rates in psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders* 50:277–282, 1998
- 10- Dembling B: Mental disorder as a contributing cause of death in the U.S. in 1992. *Psychiatric Services* 48:45, 1997
- 11- Dembling BP, Chen DT, Vachon L: Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric Services* 50:1036–1042, 1999
- 12- Felker B, Yazel JJ, Short D: Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services* 47: 1356–1363, 1996
- 13- Harris EC, Barrabough B: Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 173:11–53, 1998
- 14- Stroup TS, Gilmore JH, Jarskog LF: Management of medical illnesses in persons with schizophrenia. *Psychiatric Annals* 30: 35–40, 2000
- 15- Brown S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171: 502-8, 1997.
- 16- Lambert, TJR, Velakoulis, D, Pantelis, C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178, S67-S70
- 17- Vanable P A, Carey M P, Carey K B, Maisto S A. 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* 2007; 33(1-2):79-94.

- 18- Grassi L. Risk of HIV infection in psychiatrically ill patients. *AIDS Care* 1996; 8:103-16.
- 19- Sacks MH, Dermatis H, Looser-Ott S, Perry S. HIV related risk factors in acute psychiatric inpatients. *Hosp Comm Psych* 1990; 41: 440-2.
- 20- Volvaka J. Assessment of risk behaviours for HIV infection among psychiatric inpatients. *Hosp Comm Psych* 1992; 43:482-5.
- 21- 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*, Vol. 9, No. 3, September 2000
- 22- Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, et al: AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry* 149:886–889, 1992
- 23- Guimarães MDC, Campos LN, Melo APS, Freitas MIF, Oliveira SB, Oliveira HN, Cherchiglia ML, Acúrcio, FA et al. PROJETO PESSOAS- Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em insituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional. GPEAS/FM/UFMG. Relatório Técnico Final, 2007, 100p.
- 24- Levy PS, Lemeshow S. (1991) Sampling of Populations: Methods and Applications. New York: John Wiley.
- 25- Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: neglected phenomena and some implications. *Schizophrenia Bulletin* 1994; 20, 235–248.
- 26- Jeste D, Gladsjo J, Lindmayer L, Lacro J. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22 (3), 413–430.
- 27- Mckinnon K, Cournos M.AF, Herman MDR, Satriano MAJ, Silver B J., Puello I, AIDS-Related Services and Training in Outpatient Mental Health Care Agencies in New York, *Psychiatric Services* , 1999 ; 50 (9):1225-28
- 28- Newman SC, Bland RC, Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record lineage study. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991; 36 (4), 239–245.
- 29- Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal* 2001; 322, 443–444.
- 30- Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em dados 3. Brasília: Ano I, nº 3, dezembro de 2006. Relatório
- 31- Brasil (A). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*/Ministério da Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.

- 32- Wainberg ML, Gonzalez, MA, McKinnon, K, Elkington KS, Pinto D, Mann CG, Mattos PE; Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness, *Social Science & Medicine* 65 (2007) 296–308
- 33- Pinto, DS, Mann, CG, Wainberg, M, et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad. Saúde Pública*, Sept 2007, vol.23, no.9, p.2224-2233.
- 34- Brasil(B). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate mental health services participating in PESSOAS Project (HIV seroprevalence in Mental Health Institutions in Brazil: A national multicenter study), using structure and medical care indicators within the context of treatment and prevention of STD/AIDS.

**Method:** Representative national multicenter cross-sectional study of mental health patients attending public outpatient and inpatient units. Eleven psychiatric hospitals and 15 CAPS (Psychosocial Care Centers) were randomly selected throughout the country. The local research supervisor applied a mental health service evaluation questionnaire to descriptively measure selected structure and process indicators.

**Results:** The analysis revealed that both, psychiatric hospitals and CAPS, reported difficulties to meet non-psychiatric medical support demanded by patients. Only 19.2% of these health units considered that the referral and counter-referral systems were fully structured, indicating a poor coordination among health services. Furthermore, material and human resources are deficient in the CAPS while emergency medication also poorly available. Few mental health services had any sexual education or condom distribution programs, regardless of the existence of HIV-positive patients.

**Conclusion:** The indicators assessed in this study are important additional information within PESSOAS Project context. This knowledge may provide the basis for guiding public policies aimed at improving medical assistance and reducing STD/HIV dissemination in patients with severe mental disorders. However, the integrality of such actions among these services remains a challenge.

## KEYWORDS

Health services evaluation, Mental health services, Sexually transmitted diseases, Aids, Health services research, Quality of health care.

Tabela 1- Centros participantes de acordo com o tamanho amostra final,  
Projeto PESSOAS 2007

<b>Centro</b>	<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>Amostra estimada</b>
CAPS Assis	Assis	SP	100
CAPS Cantagalo	Cantagalo	RJ	165
CAPS Carmo	Carmo	RJ	165
CAPS Formiga	Formiga	MG	165
CAPS Francisco Morato	Franco da Rocha	SP	100
CAPS II José Foster Jr.	Santos	SP	120
CAPS Morada Nova	Morada Nova	CE	183
CAPS Nossa Casa	Santiago	RS	171
CAPS Paraíso	Paraíso	TO	44
CAPS Policlínica Dr. Hélio Sales	Montes Claros	MG	190
CAPS São José do Rio Pardo	S. J. do Rio Pardo	SP	165
CAPS Vidativa	Anápolis	GO	96
Casa Vida	Capão do Leão	RS	170
CERSAM César Campos	Betim	MG	165
Clínica Isabela	Goiânia	GO	58
Clínica São Bento Menni	Divinópolis	MG	110
Hospital Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Manaus	AM	26
Hospital Colônia Dr. João Machado	Natal	RN	111
Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte	MG	149
Hospital Psiquiátrico de Maringá	Maringá	PR	206
Hospital Psiquiátrico Vera Cruz Sociedade Civil Ltda	Sorocaba	SP	112
Instituto Raul Soares	Belo Horizonte	MG	149
Mental Medicina Especializada Sociedade Civil Ltda	Sorocaba	SP	113
Núcleo de Atenção Psicossocial Renascer	Ribeirão das Neves	MG	120
SES/SP - Departamento de Psiquiatria II - Franco da Rocha	São Paulo	SP	118
SPSES - Hospital Clemente Ferreira	Lins	SP	92

Tabela 2 - Características descritivas do funcionamento dos serviços de saúde mental participantes, Projeto PESSOAS 2007

Características	Hospital N=11(%)	CAPs N=15(%)	Total N=26(%)
<b>Tipo de serviço</b>			
<i>Hospital</i>	11 ( 100)	0 ( - )	11 (42,3)
<i>CAPS</i>	0 ( - )	15 ( 100)	15 (57,7)
<b>Natureza jurídica</b>			
<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)
<b>Assistências prestadas</b>			
<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)
<b>Profissionais Insuficiente</b>	5 (45,5)	12 (80,0)	17 (65,4)
<b>Equipamentos</b>			
<i>Esignomanômetro</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>Luvas</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)

Ambú	11 (100)	2 (20,0)	13 (50,0)
ECT	3(27,3)	0( - )	3(11,3)
<b>Arquivo médico e estatístico</b>	9(82,0)	9(60,0)	18(69,2)
<b>Serviço informatizado:</b>			
<i>Parcialmente</i>	9(81,8)	10(66,6)	19(73,1)
<i>Não</i>	2(18,2)	5(33,4)	7(26,9)
<b>Medicamentos:</b>			
<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)
<b>Sistema de Referência e Contra-referência</b>			
<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)
<b>Sistema de referência</b>			
<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)
<b>Sistema de contra-referência</b>			
<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 3 – Avaliação do desempenho do serviço em relação às DST nos serviços participantes, Projeto PESSOAS 2007

Características	Hospital N=11(%)	CAPs N=15(%)	Total N=26(%)
<b>Desempenho dos serviços em relação as DST/aids</b>			
<i>Programas de educação sexual</i>	2(18,2)	5(33,4)	7(26,9)
<i>Programas/atividades de educação específicos para DST:</i>			
<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 DST

**5 ARTIGO ORIGINAL 2**

**Aceito para publicação no Community Mental**

**Health Journal**

---

## **Individual and treatment setting predictors of HIV/AIDS knowledge among psychiatric patients and their implications in a national multisite study in Brazil**

---

Ana Paula Souto Melo, 1,2 Cibele Comini César, 1,3 Francisco de Assis Acurcio, 1,4 Lorenza Nogueira Campos,1,5 Maria das Graças Braga Ceccato, 4 Milton L. Wainberg, 6 Karen McKinnon,7 Mark Drew Crosland Guimarães 1, 8

1Research Group in Epidemiology and Health Services Evaluation (GPEAS/CNPq) Department of Preventive and Social Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG) Brazil

2Raul Soares Institute and Teaching Hospital, State Health Department, Belo Horizonte (MG), Brazil

3 Department of Statistics, School of Exact Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil

4Department of Social Pharmacy, School of Pharmacy, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil

5 Eduardo de Menezes Hospital, State Health Department, Belo Horizonte (MG), Brazil

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

7 New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, USA.

8 Department of Preventive and Social Medicine, Medical School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil

Corresponding author:

Ana Paula Souto Melo

Department of Preventive and Social Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Av.

Prof. Alfredo Balena 190, Bairro Santa Efigenia, CEP 30130-100 Belo Horizonte, MG, Brazil

Email: ana.paula.souto.melo@gmail.com.

Funding: PN DST/Aids- UNESCO / Brazil

ORIGINAL ARTICLE

**ABSTRACT:**

**Objective:** To measure HIV/AIDS knowledge among patients with mental illness in Brazil and to examine individual and treatment setting predictors of knowledge. **Method:** We conducted a cross-sectional national multicenter study among 2475 patients in 26 randomly selected mental health institutions throughout Brazil. We used Item Response Theory to standardize knowledge scores and multilevel multiple linear regression to determine the effect of individual and treatment setting characteristics on standardized knowledge score. **Results:** Schizophrenia was the main diagnosis (48%) of participants. Mean knowledge score was 6.78 (range 1-10). Treatment setting characteristics were not associated with knowledge scores. Higher HIV/AIDS knowledge scores were significantly associated with a history of STD, previous HIV testing and consistent condom use; lower HIV/AIDS knowledge scores were significantly associated with specific sociodemographic, psychiatric, and HIV risk-perception factors. **Conclusion:** Psychiatric patients in Brazil lag behind with knowledge scores comparable to the general population nearly a decade ago. The mental health system in Brazil and elsewhere must consider strategies beyond dispensing information for preventing HIV/AIDS transmission in the psychiatric population.

**Keywords:** HIV, AIDS, knowledge, chronic psychiatric patients, mental health treatment settings, sexually transmitted disease

## Introduction

Psychiatric patients have high rates of sexual risk behavior, which makes them vulnerable to sexually transmitted infections (STIs) including HIV infection (Baer et al, 1988; Carey et al, 1997; Cournos & McKinnon, 1997; Meade & Sikkema, 2005). Studies have demonstrated that this population, mainly those with severe mental illness (SMI) in developed countries, not only engages in risk behavior, but also underestimates the risk of becoming infected with HIV (Kalichman et al, 1996; McKinnon et al, 1996; Otto-Salaj et al, 2001). Misperception of infection risks and lack of accurate knowledge about HIV transmission and prevention have been cited as central factors in risk behavior (Kalichman et al, 1994). Efforts to reduce or prevent risk behavior start from the understanding of the determinants of such behaviors. Behaviors also may contribute to knowledge acquisition by increasing its saliency (McDermott et al, 1994; McKinnon et al, 1996). Investigators have discussed models of AIDS-preventive behavior to understand and predict acts involved in prevention (Carey et al, 2004; Fisher & Fisher, 1992; Kalichman et al, 2005). Providing information alone has not been associated with reducing risk behavior (Kalichman et al, 1994). Nevertheless, providing information remains the primary mode of public health intervention (Sheeran et al, 1999), and enhancing knowledge about how HIV is transmitted and prevented likely enables more robust preventive measures.

However, worldwide there is little information about sources of HIV/AIDS information for psychiatric patients or about the relative contribution of individual and treatment setting factors to psychiatric patients' HIV/AIDS knowledge. Incorrect knowledge about HIV transmission and risk situations has been found in a large proportion of psychiatric patients: overall correct knowledge scores in psychiatric populations ranged from only 63.0% to 80.0% (Campos et al, 2008). Patients with a diagnosis of schizophrenia were found to be less informed than those in comparison groups (Chuang & Atkinson, 1996; Aruffo et al, 1990; Ogunsemi et al, 2006). Furthermore, some authors maintain that lack of information and/or wrong concepts about HIV infection could be associated with an increase in risk behavior by psychiatric patients (Baer et al, 1988; Cates et al, 1994; Kalichman et al 1996; Katz et al, 1994), though, evidence for this is inconsistent across studies. Different methodologies for determining knowledge, risk, and other factors specific to this population, including psychiatric diagnosis, make comparisons across studies, patient groups, and treatment settings problematic.

In Brazil, only one previous study has assessed the knowledge about HIV/AIDS among patients at a psychiatric hospital in Rio de Janeiro; they had an average correct score of 61.2% on a 17-item AIDS knowledge test (Wainberg et al, 2008). This rate is lower than that found in a study during the 1990s among military recruits who correctly answered 7 in 10 statements about HIV/AIDS (Ministry of Health - Brazil, 2006a) and also lower than that found in a general population sample who correctly answered 5.85 in 9 statements about HIV/AIDS (Ministry of Health - Brazil, 2000). In a more recent general population study, (Ministry of Health - Brazil, 2006b) 67.1% answered correctly all five statements on the ways of preventing AIDS. Again, tests of knowledge varied, making comparisons difficult.

The Ministry of Health in Brazil (2005) has funded small-scale clinical programs to address the AIDS epidemic among people with SMI, but public policies that enable the provision of special care to this population, in particular establishing the primacy of mental health treatment settings in addressing HIV/AIDS risks in this population, have been slow to materialize, leaving health care providers with little guidance about how to intervene to prevent new infections. Wright & Gayman (2005) have postulated that mental health treatment settings can influence the risk for HIV and other STIs among psychiatric patients by affecting the composition of their sexual network. Indeed, Wainberg et al. (2007) found that adults with SMI in Brazil received treatment within an institutional culture that did not systematically address patients' sexual behavior, sexual health, or HIV sexual risk, yet strongly influenced the structure of patients' sexual networks.

We sought to close gaps in the literature in three ways: 1) By describing HIV/AIDS knowledge among psychiatric patients using a measure previously used with the general population; 2) By identifying individual and treatment setting predictors of HIV/AIDS knowledge; and 3) By using Item Response Theory to pinpoint knowledge items that could be used as clinical screening tools for identifying patients in need of basic HIV/AIDS educational services. We examined knowledge about HIV/AIDS held by psychiatric patients in a national representative sample in Brazil (Guimarães et al, 2009), and individual factors (e.g. sociodemographic and clinical characteristics, HIV/STD history, risk behavior) and/or treatment setting factors (e.g. availability of prevention programs and condom distribution) associated with knowledge scores; and we used a multilevel analytic approach to assess the relative contribution of individual versus treatment setting factors to patients' HIV/AIDS knowledge scores and to determine on the basis of difficulty and differentiation which individual knowledge items had most utility for clinical screening purposes.

## Method

We conducted a cross-sectional national multicenter study (PESSOAS Project) in randomly selected treatment settings throughout Brazil: eleven public psychiatric hospitals and fifteen public mental health outpatient clinics (CAPS). Some of these treatment centers screen and refer out people with primary substance use disorders. The main objective of the project was to estimate HIV, syphilis, and hepatitis B and C seroprevalence among psychiatric patients, as described in detail elsewhere (Guimarães et al, 2008; Guimarães et al, 2009; Melo et al, 2007). A two-stage probability sample was chosen, proportional to the type of care (hospital or outpatient) and the national distribution of reported AIDS cases by region, yielding a total of 2475 participants. Eligibility criteria included adult (18+ years old) psychiatric patients under care either at hospitals or adult CAPS, who were capable of providing written informed consent as determined by a clinician interviewer. For this paper, a cross-sectional analysis was conducted concerning aspects related to the patient's knowledge about HIV/AIDS. Protocol, questionnaires and procedures were tested in a pilot study, previously described (Guimarães et al, 2008). A semi-structured person-to-person interview was conducted to obtain socio-demographic, clinical and behavioral data. A survey was developed to ascertain organizational attributes of treatment settings and distributed to the clinical directors at the psychiatric hospitals and to the managers at the CAPS. All interviews were carried out by experienced mental health care professionals.

Ethical approval for the study was obtained from both the Federal University of Minas Gerais (UFMG/ETIC 125/03) and the National Ethical Review Board (CONEP 592/2006). There are no known conflicts of interest and the authors certify responsibility for this manuscript.

### *Event: HIV/AIDS Knowledge*

Ten statements on HIV/AIDS transmission and prevention assessed during the interviews were used to determine a knowledge score. These statements have been used in prior studies (Bonolo et al, 2005) and were derived from Brazilian population-based studies (Ministry of Health - Brazil, 2000; 2006a; 2006b). In addition, they showed good reliability during both the pilot and main studies (Oliveira et al, 2008). Participants were asked to state whether each item was correct, incorrect or unknown. The answers were dichotomized as correct or incorrect (i.e., when the answer was incorrect or the patient did not

know the answer). Currently there is no single scale in Brazil to measure knowledge of HIV/AIDS across different populations. We used Item Response Theory (IRT) to develop a knowledge score that offers specific parameters of comparability (Bartholomew et al, 2002). For measures with dichotomous responses, a one-dimensional logistic model (a latent trait) of two Birbaum parameters was adjusted to each item. In the IRT model, the probability of a person answering a given question correctly, taking into account his/her knowledge on the subject, has a logistic distribution based on two parameters: difficulty ( $b_i$ ) and discrimination ( $a_i$ ). The parameter of difficulty indicates which items the individual will have a greater chance to answer correctly and represents the probability of answering the item correctly to the knowledge score. In general, the parameter of difficulty takes values between -3.0 and 3.0 and the highest positive values indicates more difficult items. The parameter of discrimination indicates how an item is capable of differentiating individuals based on the knowledge of a specific subject, in this case, HIV/AIDS knowledge. Usually, values below 0.30 indicate lower discrimination (Baker, 2001). After estimating the parameters, an HIV/AIDS knowledge score is estimated for each participant which summarizes the correct answers for all the ten items. A more detailed theoretical foundations and the mathematical IRT can be obtained in the literature. ( Embretson & Reise, 2000)

### *Explanatory characteristics*

Two levels of potential explanatory variables were examined: individual and treatment setting. The individual characteristics (Level 1) investigated were: (a) demographic (e.g. gender, age, marital status, racial/ethnic category); (b) socioeconomic (e.g. literacy, schooling, income in the past six months and health insurance); (c) socio-cultural (e.g. homelessness, history of incarceration, religion); (d) psychiatric condition (e.g. previous psychiatric admissions, presence of delusions/ delirious during the interview (evaluated by experienced mental health care professionals), main psychiatric diagnoses (obtained from medical charts and grouped according to the International Classification of Diseases [ICD-10] ) (World Health Organization, 2004) and seven questions from the Minimental State Exam ([brief-MMSE; range 0-7] ( Folstein et al, 1975) relevant to orientation [4 questions], memory [2 questions] and attention [1 question]); (e) lifetime condom use history (i.e., always, most of the time, less than half of the time, never and never had a sexual intercourse), history of STD (if the participant ever had any disease transmitted by sexual intercourse), self-perception of HIV risk (participants' belief that they are at high risk, some risk, no risk or not

knowing for sure the risk of becoming HIV infected), history of HIV serologic testing (any HIV test during lifetime). Good to excellent reliability was found for all self-report data included in the present analysis, e.g., homelessness (kappa= 0.72), previous psychiatric admissions (kappa= 0.94), psychiatric diagnoses (kappa= 0.85), history of HIV testing (Kappa= 0.73), HIV/STD history (Kappa= 0.70), lifetime condom use (Kappa= 0.64) (Guimarães et al, 2008; Oliveira et al, 2008).

The relevant treatment setting characteristics (Level 2) investigated were: type of treatment setting (psychiatric hospital or CAPS), existence of STI-specific education programs at the institution (yes or no) and condom distribution by the treatment setting (yes or no). These data were obtained from the institutional survey (Melo et al, 2007).

### *Analysis*

The analysis was conducted in three stages. The first stage included a descriptive analysis of the population and the distribution of the correct answers for each HIV/AIDS knowledge item. In the second stage, for each of the ten knowledge items, the two IRT parameters, i.e., difficulty ( $b_i$ ) and discrimination ( $a_i$ ), were estimated using the method of maximum likelihood and the item characteristic curve (Bartholomew et al, 2002). After estimating the items' parameters, the score of HIV/AIDS knowledge was estimated by means of the Bayesian method. To improve comparability of the data, the mean and median scores were normalized into a scale ranging from 0 to 10.

In the third stage, the association between potential explanatory variables and the scores of HIV/AIDS knowledge estimated by IRT was assessed using simple linear regression for the univariate analysis. Multilevel and hierarchical regressions were used for the multivariate modeling. The initial multivariate model was adjusted with explanatory variables that showed  $p$  value  $< 0.20$  in the univariate analysis, separately in four main groups (socio-demographic, clinical, HIV/STD history and mental health treatment settings). The effect of the variables related to the individual characteristics (Level 1) and the effect of the variables related to the mental health treatment setting characteristics (Level 2) were taken into account. Only explanatory variables which presented  $p$  value  $< 0.05$  were maintained in the final model. The likelihood ratio test was used to compare the models while residue analysis was used to assess fit of the final model. Data were stored in Paradox Windows<sup>®</sup> database and STATA<sup>®</sup> and BILOG-MG<sup>®</sup> 3.0 software systems were used for statistical analysis.

## **Results**

Among the 3255 recruited patients, 492 (15.0%) were not capable of participating according to the preliminary assessment and 2763 (85.0%) were eligible to participate. Among these, 2475 were interviewed (90.0%), and 288 were non-participants (10.0%). No statistically significant differences were observed between participants and non-participants for age, gender, schooling and psychiatric diagnosis ( $p > 0.05$ ).<sup>(29)</sup>

Table 1 shows that most participants were recruited from CAPS (63.7%); a majority was female (51.6%), older than 40 years of age (48.3%), white (51.4%), and single (48.6%). The mean individual monthly income was US\$210 (below the minimum wage in Brazil at the time of the study). More than half of the sample had less than five years of schooling and 17.9% were illiterate. Schizophrenia-spectrum disorders were the most common diagnoses (47.7%), followed by depression (12.8%), bipolar disorder (9.0%), substance abuse (7.0%), and anxiety (3.6%), and more than half had at least one previous psychiatric hospitalization. Fully one-third of participants never had used condoms in their lives, and 23.0% reported a previous STD while 27.0% of participants had been previously HIV-tested but more than half perceived themselves as not being at risk for HIV infection.

Only 26.9% of the treatment settings provided sexual education programs; these programs more often were offered at the CAPS (33.4%) compared to psychiatric hospitals (18.2%). Sexual education programs included workshops with the patients dealing with themes such as sexuality and family planning, as well as monthly lectures and sexual education courses. Only 30.8% of all treatment settings had specific activities about STI education, and 25.0% of these programs in STI education were rated in the institutional survey as low-satisfactory or unsatisfactory. Condoms were distributed in only 30.8% of treatment settings—only one psychiatric hospital was among these institutions. The reasons cited for non-distribution of condoms were their availability at basic health treatment settings and lack of sexual programs at the psychiatric institutions. At the time of the survey, 61.5% of the institutions had at least one known HIV-positive patient (Melo et al, 2007).

### ***HIV/AIDS knowledge scores***

Table 2 shows the proportion of correct answers for each knowledge question and the results estimated by IRT for each of the ten items, including the parameters of difficulty ( $b_i$ ) and discrimination ( $a_i$ ). The items which showed the highest degree of difficulty were: “*You can get AIDS through insect sting*” ( $b_i = 0.59$ ) and “*AIDS can be avoided with vaccination*” ( $b_i=0.22$ ). The question “*AIDS is transmitted by sexual intercourse*” was considered the

easiest item ( $b_i=-1.50$ ) followed by “*It is transmitted through contaminated blood*” ( $b_i=-1.38$ ). The estimated parameters of discrimination ( $a_i$ ) indicated that the items “*AIDS is transmitted through contaminated blood*” ( $(a_i).. =1.88$ ) and “*AIDS is transmitted by sexual intercourse*” ( $(a_i).. =1.81$ ) were the statements that most differentiated the participants’ knowledge. Finally, the mean and median overall HIV/AIDS knowledge score were 6.78 (range 1-10) and 7.20, respectively.

### ***Univariate analysis***

The knowledge scores were used in univariate analysis to determine which variables to test in the multivariate analysis. Table 3 shows that, among the socio-demographic variables, being male, single, over 40 years old, black, with five-year schooling or less, illiterate, with no income for the past six months, homeless, having been arrested or not having a religion were associated ( $p<0.05$ ) with lower HIV/AIDS knowledge score ( $\beta < 1.0$ ) (Table 3). Having private health insurance was associated with higher knowledge scores ( $\beta > 1.0$ ), while living alone did not show any statistical significance. Among the clinical and behavioral variables, those that were associated with lower knowledge scores ( $\beta < 1.0$ ) were being a resident of a psychiatric hospital, having a schizophrenia-spectrum diagnoses, having delusional/delirious behavior during the interview, having been previously admitted to a psychiatric hospital, having a low score in the brief-MMSE, not having heard of AIDS before, evaluating that there was no risk of being HIV-infected, not knowing for sure about the risk of being HIV-infected, never having used condoms in their lifetime and never having had sexual intercourse. Clinical and behavioral variables that were associated with higher knowledge scores ( $\beta > 1.0$ ) were using condoms most of the time, history of any STD and having been tested for HIV. In addition, knowledge scores were associated with being in treatment in a psychiatric hospital ( $\beta= -1.07$ ) when compared with CAPS community treatment centers.

### ***Multilevel analysis***

The hierarchical regression model was obtained taking into account the characteristics of individuals at Level 1 and the characteristics of treatment settings at Level 2. As shown in Table 4, first, a null model was adjusted, i.e., without including any explanatory variables (Model with intercept only). According to this model, the average knowledge was 49.68, the variance among the patients was 14.68 and the variance among the treatment settings was 3.65, which indicates a significant variance in the knowledge score among the mental health treatment settings. Despite a lower observed variability among treatment settings than among

individuals, settings nevertheless represented 19.9% of the variance observed in HIV/AIDS knowledge. Later, the associated participant variables were included in the model, keeping those with  $p < 0.05$  (Complete Model). The variables that remained in the final model which showed association with lower HIV/AIDS knowledge scores ( $\beta < 1.0$ ) were: low schooling ( $\leq 5$  years), being illiterate, being over 40 years of age, being a resident of a psychiatric hospital, having delusional/delirious behavior during the interview, being diagnosed with schizophrenia-spectrum, having been previously admitted in a psychiatric hospital, having a low score in the brief-MMSE, not having heard of AIDS and not knowing for sure of the risk of being HIV infected. The variables which presented associations with higher HIV/AIDS knowledge scores ( $\beta > 1.0$ ) were having an STD history, having been HIV tested, and using condoms most of the time. The inclusion of these explanatory variables decreased the variation among the mental health treatment settings in 90.4%, and the variance in the individual level decreased from 14.68 to 8.41 when compared with model 1 (intercept only). After controlling for individual characteristics, the variability among the treatment settings accounted for just 4.0% of the variance in HIV/AIDS knowledge. The variables related to the mental health settings, i.e., existence of STI education programs and distribution of condoms, did not present significant effect ( $p = 0.437$  and  $p = 0.273$ , respectively). (Table 4)

## Discussion

This study investigated knowledge about HIV/AIDS among psychiatric patients under care in 26 randomly selected Brazilian mental health treatment settings. In addition to using a measure for the first time that enables comparison to the general population, this study reveals that specific individual-level factors, rather than treatment setting factors such as providing STI education programs and distributing condoms are better predictors of HIV/AIDS knowledge in the psychiatric population in Brazil.

The participants' HIV/AIDS knowledge scores showed an average of 67.8% correct answers, a mean close to that of the Brazilian general population in the 1990s (Ministry of Health - Brazil, 2000; 2006a), suggesting that psychiatric patients' knowledge about HIV/AIDS lags by a decade. Looking at a more recent general population study (Ministry of Health - Brazil, 2006b), the proportion of correct answers was lower than 83.0% for eight of the ten items in the current study, while in the general population all ten items had correct answers above 84.8%. In the current study, the worst rate was for the question, "*you can get AIDS through insect sting,*" with 39.1% correct answers, whereas the same item was correctly

answered by 95.4% of the general population. A handful of direct-comparison studies published in the U.S. between 1988 and 2007 also showed lower knowledge among psychiatric patients when compared with groups of non-psychiatric medical patients (Carey et al, 1997; Grassi et al, 2001, Koen et al, 2007). Knowledge deficits do appear to be more common in the psychiatric population than in others, and differentiating which patients need knowledge-based interventions versus those who are ready to focus on motivational or skills-development aspects of risk behavior change is an important task in clinical settings.

Use of IRT in the current study enabled us to identify two statements that most differentiated participants' knowledge: "*It is transmitted through contaminated blood*" and "*AIDS is transmitted by sexual intercourse.*" These two items potentially could be used as a clinical screening tool to check the basic knowledge about HIV/AIDS among psychiatric patients. The IRT offers further utility for future research because it now will be possible to compare knowledge scores overall or for any specific item(s) observed with this psychiatric population and other populations. In addition, changes over time can be monitored for improving public health campaigns including those focused on prevention.

In addition, we identified multiple factors related to the psychiatric condition of participants that were associated with poorer knowledge scores: the presence of delusional/delirious behavior during the interview, previous psychiatric admissions, a schizophrenia-spectrum diagnosis and a low score on the brief-MMSE. Some prior studies also found an association between low level of HIV/AIDS knowledge and certain psychiatric factors, including the schizophrenia diagnosis (Grassi et al, 1999; Aruffo et al, 1990; Ogunsemi et al, 2006); over six years of mental disorder; more than four psychiatric admissions (Grassi et al, 2001); the presence of negative symptoms (Koen et al, 2007; McKinnon et al, 1996); and more-severe cognitive symptoms (McKinnon et al, 1996). Taken together, these findings suggest that psychiatric patients may be vulnerable to HIV infection by virtue of psychiatric barriers to acquiring and using information about HIV/AIDS. Prevention programs and education campaigns must be tailored to the specific capacities and opportunities for intervention people with SMI have. It is possible that our national probability sample contains many patients who are less well-functioning than participants in prior studies that used smaller samples of convenience in more developed countries and may be a truer reflection of both knowledge and specific deficits that need to be addressed in future research, programming, and policy.

Among the socio-demographic characteristics of the current sample, only schooling, literacy and age over 40 remained in the final model. In the latest Brazilian general population study, the most important variable to differentiate the level of HIV/AIDS knowledge was schooling, the former increasing as the latter gets higher (Ministry of Health - Brazil, 2006b). In U.S. studies with psychiatric populations, McKinnon et al. (1996) did not find associations between knowledge and any socio-demographic variable. However, a study with veterans receiving psychiatric treatment showed that low knowledge was associated with having less than 12 years of schooling, being older and single, and not being homeless in the past six months (Strauss et al, 2006). Socio-demographic associations to HIV/AIDS knowledge highlight the role potentially played by poverty and illiteracy in the epidemic, both of which can undermine implementation of prevention policies in vulnerable populations (Pascom et al, 2005).

Among HIV/STD history-related variables, self-perception of HIV risk is important to underscore. The variable 'not knowing for sure' about the risk of getting infected showed association with lower HIV/AIDS knowledge scores. In the present study, the observation that nearly one-quarter of the population did not know how to evaluate their risk and had a low score of HIV/AIDS knowledge is of major concern because large-scale public health campaigns in Brazil have shown improvements in adult general population knowledge but our study indicates that for some patients more targeted messages and ways of delivering information appear to be necessary (Ferreira, 2008).

Among eleven psychiatric hospitals and fifteen public mental health outpatient clinics assessed in this study, only 30.0% reported distribution of condoms to patients. Although condom distribution was not associated with knowledge among patients, this finding suggests that despite the Ministry of Health's prioritization of people with SMI for HIV/AIDS services in Brazil, little remains known about the culture of psychiatric treatment settings in Brazil, professionals' attitudes toward providing condoms to those with psychiatric disabilities, and a potential reluctance to provide condoms without additional sexual-health or disease-prevention services in place; few of the treatment settings we sampled offered any sexual health education programming. In an ethnographic study recently carried out with a psychiatric population in Brazil, sexual practices reportedly were taking place in treatment settings with no protection from condoms even possible due to inconsistent distribution practices (Pinto et al, 2007). Kelly et al. (1992) documented that psychiatric patients in community treatment often found their sexual partners at their psychiatric institutions.

Sullivan et al. (1997) point out that one of the priority measures in health care settings to decrease HIV's spread is to make condoms available to patients, and to check for increases in their use when they are available from treatment settings (McKinnon et al, 1999). These studies indicate that psychiatric patients want HIV and STI prevention interventions and providers often are aware of risk-taking among their patients but may feel constrained by unclear or prohibitive institutional policies addressing best practices. Policies are needed that support both individual- and program-oriented prevention intervention, and not only the current minimum of dispensing information alone.

Perhaps most disheartening is that the presence of specific STI education programs did not show a significant impact on patients' HIV/AIDS knowledge scores. These results raise serious questions about the role of mental health treatment programs in preventing this population's risk behavior. In a previous analysis, it was observed that mental health settings had difficulty in establishing referral and counter-referral with the health care network, mainly with medical clinic settings, a situation worsened by the lack of basic clinical support equipment and the scarcity of professionals in most of the psychiatric settings (Melo et al, 2007). Consequently, patients are being looked after in institutions that do not discuss sexual behavior, sexual risk reduction or the risks of HIV infection. The mental health treatment system in Brazil remains ill-prepared to address the problems related to prevention of HIV and other STIs or to offer effective care in a timely way in order to alleviate the negative consequences of the HIV/AIDS epidemic in this population.

It is important to point out that despite this being the largest and most representative sample of psychiatric patients to be tested for HIV and related factors, the PESSOAS project still had to exclude from the study patients who did not have capacity to consent to research, leaving vulnerable patients still understudied. In addition, we chose to forego a detailed clinical interview, relying instead on medical charts for clinical diagnosis data which may have resulted in some miscategorization, though this approach enabled us to include a very large number of patients, enhancing the study's representativeness; many seminal studies of this population also relied on chart diagnosis (Otto-Salaj et al, 2001). All other individual-level data were obtained by self-report which may have caused us to under- or over-estimate certain phenomena under study, though we established reliability and validity of our measures before commencing. We were able to examine only a small number of treatment setting factors due to power limitations. We therefore may have missed other

more salient institutional-level variables and urge future studies to enlarge the scope of planned factors to be analyzed with regard to contributors to knowledge about HIV/AIDS and, critically, risk and protective behaviors as well.

## Conclusions

In Brazil, STD/AIDS prevention and intervention policies for the psychiatric population are insufficient despite awareness that this group is potentially more vulnerable to infection than the general population. Although implementation of comprehensive guidelines for health actions recommended by the government's new assistance model is challenging, efforts to ensure this complete assistance have to be continuous. . Approaches to risk reduction with psychiatric patients currently are being tested for efficacy (Wainberg, 2006), but, meanwhile, knowledge-widening and safer sex skill-learning are not being carried out in public psychiatric treatment settings at a level commensurate with patients' need for it (Noguchi et al, 2007; Carey et al, 2004; Berkman et al, 2006; Kelly et al, 2007). Permanent adequate educational skill-imparting strategies for the professionals who work in mental health settings must be developed. Our results point to the need to create and reinforce public policies which promote preventive measures as part of the complete health assistance offered to this population.

## References

- Aruffo, A.F., Coverdale, J.H., Chacko, R.C., et al. (1990). Knowledge about AIDS among women psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41:326-328.
- Baer, J.W., Dwyer, P., Lewitter-Koehler, S. (1988). Knowledge about AIDS among psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 39: 986-988.
- Baker F.B. (2001). The basics of item response theory. Boston: Lawrence Rudner.
- Bartholomew, D.J., Steele, F., Moustaki, I., Galbraith, J.I.(2002) The analysis and interpretation of multivariate data for social scientists. Boca Raton: Chapman & Hall.
- Berkman, A., Cerwonka, E., Sohler, N., Susser, E. (2006). A randomized trial of a brief HIV risk reduction intervention for men with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57: 407-9.
- Bonolo, P. F., Cesar, C. C., Acurcio, F. A. , Ceccato, M. G. B., Padua, C. A. M., Alvares, J., Campos, L. N., Carmo, R. A., Guimarães, M. D. C. (2005). Non-adherence among patients

initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, 19, Suppl 4: S5-13.

Campos, L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A., Melo, A.P.S, Oliveira, H.N., Elkington, K., McKinnon, K. (2008). HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cadernos Saúde Pública*, 24(Sup 4):S607-S620.

Carey, M.P., Carey, K.B., Kalichman, S.C. (1997). Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. *Clinical Psychology Revision*, 17: 271 – 291.

Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Gordon, C. M., Schroder, K. E. E., Venable, P. A. (2004). Reducing HIV risk behavior among adults receiving outpatient psychiatric treatment: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:252–268.

Carey M. P., Carey, K.B., Weinhardt, L.S., Gordon, C.M. (1997). Behavioral Risk for HIV Infection among Adults with a Severe and Persistent Mental Illness: Patterns and Psychological Antecedents. *Community Mental Health Journal*, 33: 133–142.

Ceccato, M.G.B., Acurcio, F.A., César. C.C., Bonolo, P.F., Guimarães, M.D.C. (2008). Compreensão da Terapia Anti-Retroviral: Uma Aplicação de Modelo de Traço Latente. *Cadernos Saúde Pública*, 24:1689-1698.

Chuang, H.T., Atkinson, M. (1996). AIDS knowledge and high-risk behaviour in the chronic mentally ill. *Canadian Journal Psychiatry*, 41:269–272.

Cournos, F., McKinnon, K. (1997). HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clinical Psychological Revision*, 17:259–269.

Embretson S.E., Reise S.P. (2000). *Item Response Theory for Psychologists*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Ferreira, M.P. (2008). Knowledge and risk perception on HIV/AIDS by Brazilian population, 1998 and 2005. *Revista Saude Publica*, 42(Supl 1): 65-71.

Fisher, J.D., Fisher, W.A.(1992). Changing Aids-Risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111: 455-74.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mchugh, P.R. (1975). Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12: 189-98.

Grassi, L., Biancosino, B., Righi, R., Finotti, L., Perón, L. (2001). Knowledge About HIV Transmission and Prevention Among Italian Patients With Psychiatric Disorders. *Psychiatric Services*, 52 : 679-681.

Grassi, L., Peron, L., Ferri, S., Pavanati, M. (1999). HIV-related risk behavior among Italian psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40: 126–130.

- Guimarães, M.D.C., Oliveira, H.N., Campos, L.N., Santos, C.A., Gomes, C.E.R., Oliveira, S.B. et al. (2008). Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness – PESSOAS. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30: 55-59.
- Guimarães, M.D.C., Campos, L.N., Melo, A.P.S., Carmo, R.A., Machado, C.J. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with chronic mental illness: a national multicenter study in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31:43-7.
- Katz, R.C., Watts, C., Santman, J. (1994). AIDS knowledge and high risk behaviors in the chronic mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 30:395–402.
- Kalichman SC, Carey MP, Carey KB. (1996). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Risk among the seriously mentally ill. *Clinical Psychological: Science Practice*, 3: 130–143.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Johnson, J.R., Bulto, M. (1994). Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *American Journal Psychiatry*, 151:221– 227.
- Kalichman, S., Malow, R., De'veieux, J., Stein, J.,A., Piedman, F. (2005). HIV risk reduction for substance using seriously mentally ill adults: Test of the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Community Mental Health Journal*, 41:277-290.
- Kelly, J.A., McAuliffe, T.L., Sikkema, K.J., Murphy, D.A., Somlai, A.M., Mulry, G. Et al (2007). Reduction in risk behavior among adults with severe mental illness who learned to advocate for HIV prevention. *Psychiatric Services* , 48:1283-8.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Brasfield, T.L., Davis, D.R, Hauth, A.C., et al. (1992). AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal Psychiatry*, 149:886– 889.
- Koen, L., Niehaus, D.J.H., Emsley, R.A. (2007). Negative symptoms and HIV/AIDS risk-behavior knowledge in schizophrenia. *Psychosomatics*, 48: 128-134.
- Meade, C.S., Sikkema, K.J. (2005). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical Psychological Review*, 25:433-57.
- Melo, A.P.S., Acúrcio, F.A., Cherchiglia, M.L., Veloso, C.C.G., Guimarães, M.D.C.(2007). Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Revista Médica de Minas Gerais*, 17(1/2 Suppl. 4): S240-S248.
- McDermott, B.E., Sautter, F.J., Winstead, D.K., Quirk, T. (1994). Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 580–585.
- Mckinnon, K., Cournos, F., Sugden, R., Guido, J.R., Herman, R. (1996). The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *Journal Clinical Psychiatry*, 57:506-513.

Mckinnon, K., Cournos, F., Sugden, R., Guido, J.R., Herman, R., Satriano, J., et al. (1999). Aids-related services and training in outpatient mental health care agencies in New York. *Psychiatric Service*, 50:1225-1228.

Ministry of Health - Brazil. National Program for STDs and AIDS (2000). Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Série avaliação N°. 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministry of Health - Brazil, National Program for STDs and AIDS. (2005). Positive response: Experiences of the Brazilian AIDS program. Brasília, Brazil: Ministry of Health of Brazil. Retrieved July 23, 2006, from [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta\\_2005.pdf](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta_2005.pdf).

Ministry of Health - Brazil. National Program for STDs and AIDS (2006a). Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 128p. Série Estudos Pesquisas e Avaliação n.º 2.

Ministry of Health - Brazil. National Program for STDs and AIDS (2006b). Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004/Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde. 175p.

Noguchi, K., Albarracín, D., Durantini, M.R., Glasman, L.R. (2007). Who Participates in Which Health Promotion Programs? A Meta-Analysis of Motivations Underlying Enrollment and Retention in HIV-Prevention Interventions. *Psychological Bulletin*, 133: 955–975.

Ogunsemi, O.O., Lawal, R.A., Okulate, G.T., Alebiosu, C.O., Olatawura, M.O. (2006). A Comparative Study of HIV/AIDS: The Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors of Schizophrenic and Diabetic Patients in Regard to HIV/AIDS in Nigeria. *Medscape Journal Medicine*, 8:42.

Oliveira, H.N., Machado, C.J., Campos, L.N., Acurcio, F.A., Guimarães, M.D.C. (2008). Avaliação da confiabilidade de entrevista aplicada a indivíduos com transtornos mentais: Projeto PESSOAS. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(4) Supl. 4:S40-S45.

Otto-Salaj, L., Kelly, J.A., Stevenson, L.Y., Hoffmann, R., Kalichman, S.C.(2001). Outcomes of a randomized small group HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37:123–144.

Pascom, A.R.P., Barbosa, Jr.A., Szwarcwald, C.L. (2004). Diferenças regionais nas práticas sexuais e comportamentos relacionados à transmissão do HIV. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos. Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Pinto, D.S., Mann, C.G., Wainberg, M., Mattos, P., Oliveira S.B. (2007). Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cadernos Saúde Pública*, 23:2224-2233.

Sheeran, P., Abraham, C., Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125:90-132.

Strauss, J.L., Bosworth, H.B., Stechuchak, K.M., Meador, K.M., Butterfield, M.I. (2006). Knowledge and Risks of Human Immunodeficiency Virus Transmission among Veterans with Severe Mental Illness. *Military Medicine*, 171:325-330.

Sullivan, G., Koegel, P., Kanouse, D.E., Cournos, F., McKinnon, K., Young, A.S., et al. (1999). HIV and people with serious mental illness: The public sector's role in reducing HIV risk and improving care. *Psychiatric Services*, 50:648 – 652.

Wainberg (PI), M.L., *RCT of a Brazilian HIV Prevention Intervention for the SMI (Projeto PRISSMA)*. 2006-2011, NIMH R01MH65163: Rio de Janeiro, Brazil.

Wainberg, M.L., Gonzalez, M.A., McKinnon, K., Elkington, K.S., Pinto, D., Mann, C.G., Mattos, P.E. (2007). Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. *Social science & medicine*, 65: 296–308.

Wainberg, M., McKinnon, K., Elkington, K., Mattos, P.E., Mann, C.G., Pinto, D.S. et al. (2008). HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. *World Psychiatry*, 7:166-172.

World Health Organization. (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision. – 2 nd ed. 3 v.

Wright, E.R., Gayman, M. (2005). Sexual Networks and HIV Risk of People with Severe Mental Illness in Institutional and Community-Based Care. *AIDS Behavior*, 9:341-53.

Table 1 – Descriptive characteristics among 2475 participants.

Characteristics	Total n (%)
<i>Treatment settings:</i>	
Hospital	898(36.3)
CAPS	1577(63.7)
<i>Sociodemographic</i>	
Gender (Female)	1277 (51.6)
Age (> 40 years old)	1156 (48.3)
Skin Color (white)	1273 (51.4)
Marital status (single)	1204 (48.6)
Individual income in the last 6 months (yes)	1549 (62.6)
Schooling ≤ 5 years	1470 (59.4)
Know how to read/write (no)	443 (17.9)
Retirement or withdraw from a job by sickness	881 (56.9)
History of homelessness (yes)	444(17.9)
Being a resident of a psychiatric hospital (yes)	206 ( 8.0)
Health insurance (no)	2159 (87.2)
Having a religion (yes)	2053 (83.4)
<i>Clinical</i>	
Psychiatric diagnosis:	
<i>Schizophrenia (F20.0-F29)</i>	1181 (47.7)
<i>Depressive disorders (F32.0-F33.9)</i>	318 (12.8)
<i>Bipolar Disorder (F31.0-F31.9)</i>	222 ( 9.0)
Previous psychiatric hospitalization (yes)	1434 (57.9)
Know psychiatric medicine (yes)	1547 (62.5)
History of incarceration (yes)	628 (25.4)
Delusional/ delirious behavior during interview (yes)	302 (12.2)
Brief version of Minimental: (5+ correct answers)	2084 (84.2)
<i>Behavioral</i>	
Lifetime condom use:	
<i>Always</i>	179 ( 7.2)
<i>Most of the time</i>	342 (13.8)
<i>Less than half of the time</i>	763 (30.8)
<i>Never</i>	859 (34.7)
<i>Never had sexual intercourse</i>	305 (12.3)
<i>Unknown</i>	27 ( 1.0)
History of STD : (yes)	568 (23.0)
Having heard of AIDS (yes)	2316 (93.6)
Previous HIV testing (yes)	668 (27.0)
HIV risk self perception :	
<i>High/some risk</i>	957 (38.7)
<i>No risk/ Not knowing for surely</i>	1390 (56.2)
<i>Unknown</i>	128 ( 5.2)

Table 2– Proportion of correct HIV/AIDS knowledge answers as reported by participants (n=2449) and the parameters of difficulty and discrimination for each item, estimated by IRT<sup>1</sup>

<i>Item</i>	<b>Correct answers<sup>2</sup></b>	<b>(b<sub>i</sub>)<sup>3</sup></b>	<b>(a<sub>i</sub>)<sup>4</sup></b>
<i>AIDS is transmitted by sexual intercourse</i>	90.4	-1.50	1.81
<i>It is transmitted through contaminated blood</i>	89.1	-1.38	1.88
<i>It is transmitted through contaminated semen</i>	82.8	-1.20	1.24
<i>It reaches only men</i>	82.8	-1.35	0.97
<i>It destroys the defenses of the body</i>	80.6	-1.12	1.16
<i>It is caused by HIV</i>	79.2	-0.98	1.38
<i>You can get it through hugging</i>	76.3	-1.01	0.98
<i>There is treatment</i>	68.6	-1.09	0.48
<i>AIDS can be avoided with vaccination</i>	45.2	0.22	0.65
<i>You can get AIDS through insect sting</i>	39.1	0.59	0.50

<sup>1</sup> Item Response Theory

<sup>2</sup> Observed proportion of correct answers (table ordered from highest to lowest)

<sup>3</sup> Parameter of difficulty [range= -1.5 (easiest) to .59 (most difficult)]

<sup>4</sup> Parameter of discrimination [range= from 0.48 (lowest) to 1.88(highest)]

Table 3 – Linear regression coefficients ( $\beta$ ), their respective confidence intervals (95% CI) associated with HIV/AIDS knowledge score according to selected explanatory characteristics.

Characteristics	HIV/AIDS Knowledge score		
	Total <sup>1</sup> (N=2475)	$\beta^2$	95% CI
<b>Demographic</b>			
Gender:			
<i>Male</i>	1160	-0.81	(-1.14; -0.48)*
<i>Female</i>	1251	0.00	
Marital status:			
<i>Single</i>	1164	-0.98	(-1.31; -0.64)*
<i>Others</i>	1882	0.00	
Age:			
≤ 40 years old	1204	0.00	
>40 years old	1131	-1.23	(-1.56; -0.90)*
Skin Color:			
<i>Black</i>	389	-0.91	(-1.36; -0.46)*
<i>Others</i>	2022	0.00	
<b>Sociodemographic</b>			
Schooling:			
≤ 5 years	1426	-3.07	(-3.38; -2.75)*
>5 years	970	0.00	
Know how to read/write			
<i>yes</i>	1985	0.00	
<i>No</i>	422	-4.31	(-4.72; -3.91)*
Individual income( 6 months)			
Yes	1533	0.00	
No	932	-1.07	(-1.41; -0.73)
Homelessness:			
Yes	435	-0.80	(-1.23; -0.37)*
No	1952	0.00	
History of incarceration:			
Yes	610	-0.50	(-0.89; -0.12)*
No	1985	0.00	
Religion:			
Yes	2053	0.00	
No	408	-1.10	(-1.55; -0.65)*
Health insurance:			
<i>yes</i>	249	1.59	( 1.05; 2.14)*
<i>No</i>	2116	0.00	
Live alone:			
Yes	358	0.24	( -0.22; 0.71)
No	2110	0.00	

Table 3 – – Linear regression coefficients ( $\beta$ ), their respective confidence intervals (95% CI) associated with HIV/AIDS knowledge score according to selected explanatory characteristics.(cont'd)

Characteristics	HIV/AIDS Knowledge score		
	Total <sup>1</sup> (N=2475)	$\beta^2$	95% CI
<b>Clinical</b>			
Place of residence :			
<i>Hospital</i>	206	-4.38	(-4.98; -3.78)*
<i>Others</i>	2265	0.00	
Psychiatric diagnosis:			
Schizophrenia (F20- F29)	1181	-0.68	(-1.01; -0.35)*
<i>Outros</i>	1294	0.00	
Delusional/delirious behavior during interview:			
Yes	284	-2.00	(-2.51; -1.49)*
No	2122	0.00	
Previous psychiatric admissions			(-1.31; -0.64)*
Yes	1333	-0.98	
No	999	0.00	
Score on a brief Minimental:	2475	1.54	( 1.42; 1.66)*
<b>Risk behavior</b>			
Having heard of AIDS:			
Yes	2316	0.00	
No	137	-7.97	(-8.65; -7.29)*
HIV risk self-perception :			
<i>High</i>	446	0.00	
<i>Some risk</i>	511	0.005	(-0.49; 0.48)
<i>No risk</i>	799	-1.09	(-1.54; -0.65)*
<i>Do not know certainly</i>	591	-2.56	(-3.04; -2.09)*
Lifetime condom use :			
<i>Always</i>	179	0.00	
<i>Most of the time</i>	342	1.18	( 0.47; 1.89)*
<i>Less than half of the time</i>	762	0.47	( -0.16; 1.11)
<i>Never</i>	859	-1.61	(-2.24; -0.98)*
<i>Never had sexual intercourse</i>	305	-3.33	(-4.06; -2.60)*
History of STD :			
Yes	556	0.95	( 0.56; 1.34)*
No	1827	0.00	
Previous HIV testing :			
Yes	660	2.10	( 1.74; 2.45)*
No	1672	0.00	
<b>Treatment settings:</b>			
<i>Hospital</i>	864	-1.07	(-1.42; -0.73)*
<i>CAPS</i>	1574	0.00	

<sup>1</sup>. n(total) vary in accordance with unknown information

<sup>2</sup>.Reference category 0.00

\* Statistical significance p<0.05

Table 4 – Multilevel analysis based on HIV/AIDS knowledge score fitted to level 1 (individual) and level 2 (treatment settings) according to selected characteristics .

<b>Characteristics</b>	<b>Model with intercept only</b>	<b>Complete model</b>	
	<b><math>\beta^1</math> (95% CI)</b>	<b><math>\beta^1</math> (95% CI)</b>	<b>p-value</b>
<b>Fixed Parameter <sup>1</sup></b>			
<b>Intercept</b>	49.68 (48.93; 50.44)	48.25 (47.14; 49.35)	<0.000*
<i>Schooling ≤ 5 years</i>		-1.17 (-1.45; -0.90)	<0.000*
<i>Being illiterate</i>		-1.72 (-2.10; -1.34)	<0.000*
<i>Age &gt; 40 years</i>		-0.49 (-0.75; -0.22)	0.000*
<i>Being a resident in a psychiatric hospital</i>		-1.03 (-1.70; -0.36)	0.002*
<i>Delusional/ delirious behavior during interview</i>		-0.77 (-1.19; -0.34)	0.000*
<i>Diagnosed with schizophrenia (F20- F29)</i>		-0.29 (-0.56; -0.02)	0.033*
<i>Previous admission in a psychiatric hospital</i>		-0.38 (-0.65; -0.11)	0.006*
<i>Score on a brief Minimental:</i>		0.64 ( 0.51; 0.76)	0.000*
<i>STD history</i>		0.46 ( 0.16; 0.76)	0.002*
<i>Not having heard of AIDS</i>		-3.55 (-4.33; -2.78)	<0.000*
<i>Previous anti-HIV testing</i>		0.65 ( 0.36; 0.94)	<0.000*
Lifetime condom use:			
<i>Always</i>		0.00	
<i>Most of the time</i>		0.80 (0.26; 1.35)	0.004*
<i>Less than half of the time</i>		0.39 (-0.09; 0.89)	0.166
<i>Never</i>		-0.08 (-0.58; 0.41)	0.735
<i>Never had sexual intercourse</i>		-0.39 (-1.00; 0.21)	0.204
HIV risk self-perception :			
<i>High</i>		0.00	
<i>Some risk</i>		0.33(-0.06;0.73)	0.099
<i>No risk</i>		-0.22(-0.59; 0.15)	0.243
<i>Not knowing for sure</i>		-1.09(-1.48; -0.69)	0.000*
<b>Level 2 (treatment settings)</b>			
<i>Education program specific to STI</i>		0.25(-0.39;0.91)	0.437
<i>Condom distribution by treatment settings</i>		-0.35(-1.00;0.28)	0.273
<b>Random parameters <sup>2</sup></b>			
<i>Level 1 (Individual) <math>\sigma_e^2</math></i>	14.68	8.41	
<i>Level 2 (treatment settings) <math>\sigma_{u0}^2</math></i>	3.65	0.33	
<i>-log likelihood</i>	6805.64	5397.83	
<i>P<sup>3</sup></i>	0.1991	0.04	

<sup>1</sup> Fixed parameter obtained through multilevel linear<sup>2</sup> Random parameter obtained through multilevel linear regression<sup>3</sup> Variability among centers represented in the variance observed in HIV/AIDS knowledge

\* Statistical significance p&lt;0.05

## **6 ARTIGO ORIGINAL 3**

**Em submissão - Cadernos de Saúde Pública**

---

## **Predicting psychiatric patients' return for HIV/STI test results in mental health centers: Public Health Implications**

---

Ana Paula Souto Melo<sup>1,2</sup>, Karen McKinnon<sup>3</sup>, Milton Wainberg<sup>3,4</sup>, Cibele Comini César,<sup>5</sup> Mark Drew Crosland Guimarães<sup>1,6</sup>.

<sup>1</sup> Research Group in Epidemiology and Health Services Evaluation (GPEAS/CNPq) Department of Preventive and Social Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG) Brazil

<sup>2</sup> Raul Soares Institute and Teaching Hospital, State Health Department, Belo Horizonte (MG), Brazil

<sup>3</sup> New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons, Department of Psychiatry, New York, USA

<sup>4</sup> HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York, USA.

<sup>5</sup> Department of Statistics, School of Exact Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil

<sup>6</sup> Department of Preventive and Social Medicine, Medical School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil

***Corresponding author:***

Ana Paula Souto Melo

Department of Preventive and Social Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Av. Prof. Alfredo Balena 190, Bairro Santa Efigenia, CEP 30130-100 Belo Horizonte, MG, Brazil

Email: ana.paula.souto.melo@gmail.com.

Funding: PN DST/Aids- UNESCO / Brazil

**ORIGINAL ARTICLE**

**Abstract:**

**Objective:** To determine rates of HIV/STI testing among psychiatric patients and assess whether individual and/or health service factors were associated with returning for HIV/STI exam results. **Method:** Cross-sectional national multicenter study among 2475 chronic psychiatric patients randomly selected from 26 Brazilian mental health institutions. Multilevel logistic regression was used to assess the effect of individual (level 1) and mental health service characteristics (level 2) on receipt of test results. **Results:** The rate of prior HIV testing was 27% and of returning for current HIV/STI test results was 80%. Among health service characteristics examined, only condom distribution was associated with receiving HIV/STI test results, whereas several individual characteristics were independently associated: living in the same city where treatment centers are; being single; not having heard of AIDS; and not having been previously HIV tested. **Conclusion:** It is urgent to increase the numbers of patients who are tested for all STIs, and to implement better integration among services.

**Keywords:** HIV, AIDS, mental health services, sexually transmitted disease, HIV testing and counseling.

**RESUMO:**

**Objetivo:** Investigar se fatores individuais e/ou dos serviços de saúde mental estavam associados ao recebimento dos exames sorológicos (IST) entre pacientes psiquiátricos. **Método:** Estudo multicêntrico nacional em 2475 participantes selecionados aleatoriamente dentre 26 instituições de saúde mental brasileiras. O efeito do indivíduo (nível 1) e dos serviços de saúde mental (nível 2) no recebimento dos resultados dos exames foi avaliado utilizando-se a regressão logística multinível. **Resultados:** A taxa de retorno do resultado dos exames foi de 80% e a testagem prévia de HIV, de 27%. Entre às características dos serviços de saúde, apenas distribuição de camisinhas esteve associada ao recebimento dos resultados de exames. Contudo, entre as características individuais encontrou-se associação com: viver na mesma cidade onde se encontravam os serviços, ser solteiro, não ter ouvido falar sobre AIDS, e não ter sido previamente testado para HIV. **Conclusão:** É urgente elevar o número de pacientes testados, não só para o HIV, como para todas as IST, além de promover uma melhor integração entre os serviços.

**Palavras Chaves:** HIV, AIDS, Serviços de saúde mental, Doenças sexualmente transmissíveis, Aconselhamento e testagem para o HIV.

**Introduction:**

Having access to HIV/STI testing to promote early treatment and prevention is an urgent priority in reducing the rate of new infections <sup>1</sup>. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estimates that 25% of the American population is infected with HIV but not aware of their status <sup>2</sup>. In the specific population of psychiatric patients, the prevalence of STIs was very high in comparison with the general population in one U.S. multisite study: 8 times higher for HIV; 5 times higher for Hepatitis B; and 11 times higher for hepatitis C <sup>3</sup>. In Brazil, we found higher rates of HIV/STI among psychiatric patients in comparison to the general Brazilian population, with a prevalence of 1.12% for syphilis; 0.80% for HIV; 1.64% for HBsAg; 14.7% for anti-HBc; and 2.63% for anti-HCV <sup>4</sup>. A strong argument has been made that all patients, especially psychiatric patients, who have one STI should be screened for the others <sup>5</sup>.

However, psychiatric patients may encounter barriers to medical services due to lack of social support, transportation difficulties, psychotic symptoms and providers' lack of training or experience to support psychiatric patients that have HIV/STI risk behavior <sup>6,7,8</sup>. These barriers represent substantial missed opportunities for STI prevention. In a review study, Senn and Carey <sup>9</sup> (2009) reported that rates of lifetime HIV testing ranged from 11% to 89%. One study that examined HCV testing found a rate of 41%, though half could not be determined with regard to what kind of screening they had received, hepatitis B or C <sup>7</sup>. In the general population, many of those tested do not learn their test results. Tao et al. <sup>10</sup> (1999) found that 12.5% of American adults tested in 1994 and 13.3% in 1995 did not receive their test results. The CDC reports that from 1999 through 2004, a median of 72.2% of the general population received their HIV exam results <sup>11</sup>. Until now, there have been few studies about

the psychiatric population receiving HIV/STI test results: two studies found rates of 89% to 96% of people returning for their results, the former in a homeless psychiatric population and the latter in males with severe mental illness (SMI) <sup>12,13</sup>. In Brazil, 37.7% of HIV-positive patients tested at public testing centers did not return for the result of their serological anti-HIV or confirmatory tests in 2003, and in 2004 that rate had changed very little to 36.0% <sup>14</sup>.

Very few studies have examined rates and predictors of STI testing and returning for results among psychiatric patients, and none in a representative national sample. We conducted a cross-sectional multicenter study (PESSOAS Project) in eleven public psychiatric hospitals and in fifteen public mental health outpatient clinics (CAPS) in Brazil. We determined rates of testing and return for exam results for HIV, Syphilis, and Hepatitis B and C at 26 mental health centers throughout Brazil. We also examined individual and service factors associated with patients receiving their serologic results.

### **Methods:**

We obtained data in a multicenter study in Brazil (Pessoas Project), the main objective of which was to estimate HIV, Syphilis, and Hepatitis B and C seroprevalence among psychiatric patients, as described in detail elsewhere <sup>4,15,16</sup>.

A two-stage probability sample was chosen, proportional to the type of care (hospital or outpatient) and the national distribution of reported AIDS cases by region, yielding a total of 2475 participants. Eligibility criteria included adult (18+ years old) psychiatric patients under care either at hospitals or adult CAPS who were capable of providing written informed consent as determined by a clinician interviewer.

A questionnaire was applied in the last phase of PESSOAS Project when the participants received the results of exams (HIV, Syphilis, Hepatitis B and C) at mental health services. The research team at each service was responsible for delivering these exams to

participants. The questionnaire documented the receipt of exam results and tracked referrals to STD/AIDS service centers when patients tested positive.

To determine predictors of receipt of test results, a semi-structured person-to-person interview was conducted to obtain socio-demographic, clinical and behavioral data. A survey was developed to ascertain organizational attributes of service settings and was distributed to the clinical directors at the psychiatric hospitals and to the managers at the CAPS. All interviews were carried out by experienced mental health care professionals. Protocol, questionnaires and procedures were tested in a pilot study, previously described<sup>15</sup>. Ethical approval for the study was obtained from both the Federal University of Minas Gerais (UFMG/ETIC 125/03) and the National Ethical Review Board (CONEP 592/2006).

#### *Event and explanatory characteristics*

The dichotomous outcome measure of interest for this analysis was whether the participants received the HIV, Hepatitis B and C and Syphilis exam results or not.

All HIV/STI exams were conducted at each of 26 mental health centers. After test results were available from the services, participants were asked to return to the centers for post-test counseling and delivery of results. A follow-up questionnaire was applied to track number of attempts, post-test counseling and referral for care if needed. In Part 1, the contact with participants was described. First, attempts to contact participants (up to four) to deliver exam results were documented as were participants' reasons for not learning their test results. In addition, the disposition of their treatment after testing also was checked. In Part 2, post-test counseling was described regarding to whom the test results were reported, if participants were alone and if they authorized disclosure of their HIV results. Difficulties understanding the exam results and scheduling meetings for post-test counseling also were described. Part 3 pertained to participants with positive exams. Patients indicated if they were in treatment for

STIs before receiving exam results and, if needed, were referred to the STD/AIDS health care network. Serology testing for HIV, Hepatitis B and C and Syphilis was conducted using standard markers for Hepatitis B {Surface Antigen (HBsAg) (ELISA), Hepatitis B Total Antibody (Anti-HBc) (ELISA)} , Hepatitis C {antibody (Anti-HCV) (ELISA)}, HIV {antibody (Anti-HIV 1 e 2) (ELISA) confirmed by Western Blot} and Syphilis {VDRL, confirmed with Hemagglutinin}<sup>4</sup>.

To examine two levels of potential explanatory variables, individual and institutional data were obtained. Individual characteristics (Level 1) investigated were: (a) demographic (e.g. gender, age, marital status, racial/ethnic category); (b) socioeconomic (e.g. literacy, schooling, income in the past six months and health insurance); (c) socio-cultural (e.g. homelessness, history of incarceration, religion); (d) psychiatric condition [e.g. previous psychiatric admissions, presence of delusions/delirium during the interview (evaluated by experienced mental health care professionals), main psychiatric diagnoses (obtained from medical charts and grouped according to the International Classification of Diseases {ICD-10})<sup>17</sup> , use of alcohol in the last month, use of crack in the last year] (e) lifetime condom use history [e.g. lifetime condom use (always, most of the time, less than half of the time, never and never had a sexual intercourse)], knowledge about HIV (scores into a scale ranging from 0 to 10), history of STD (if the participant ever had any disease transmitted by sexual intercourse), self-perception of HIV risk (participants' belief that they are at high risk, some risk, no risk or not knowing for sure the risk of becoming HIV infected), history of HIV serologic testing (any HIV test during lifetime).

To assess reliability of the interview, a 5% sample of the interviewees was randomly selected for re-interview up to seven days following the first interview. Good to excellent reliability was found for all self-report data included in the present analysis, e.g., previous psychiatric admissions (kappa= 0.94), psychiatric diagnoses (kappa= 0.85), being sexually

active (Kappa=0.76), history of HIV testing (Kappa= 0.73), homelessness (kappa= 0.72), HIV/STD history (Kappa= 0.70), and recent (< six months) and lifetime condom use (Kappa= 0.66 and 0.64, respectively) <sup>4,15</sup>.

The relevant service-related explanatory characteristics obtained from the institutional survey <sup>16</sup> (Level 2) were: type of service (psychiatric hospital or CAPS), existence of education programs specific to STI at the institution (yes or no) and condom distribution by the service (yes or no).

### *Analysis*

The analysis was conducted in two stages. We started by including a description of the population and of the follow up and tracking of receipt of exam results. In the first stage, the events were assessed (i.e., received the exam results) considering the dependence among units nested in clusters (26 mental health centers) using multilevel logistic regression for each explanatory variable. In the second stage, multilevel logistic regression was used for the multivariate modeling. The initial multivariate model was adjusted with explanatory variables that showed a p-value < 0.20 in the preliminary analysis, separately in four main groups (socio-demographic, clinical, HIV/STD history and mental health services). The effect of the variables related to the individual characteristics (Level 1) and the effect of the variables related to the mental health services characteristics (Level 2) were taken into account. Only explanatory variables which presented p-value < 0.05 were maintained in the final model. The likelihood ratio test was used to compare the models while residual analysis was used to assess the fit of the final model. Data were stored in Paradox Windows<sup>®</sup> database and STATA<sup>®</sup> software systems were used for statistical analysis.

## ***Results***

### Study participants:

Among the 3255 patients recruited for PESSOAS, 492 (15%) were not capable of participating according to the preliminary assessment and 2763 (85%) were eligible to participate. Among these, 2475 were interviewed (90%), and 288 were non-participants (10%). No statistically significant differences were observed between participants and non-participants for age, gender, schooling or psychiatric diagnosis ( $p > 0.05$ )<sup>4</sup>. Eligible participants were asked to complete an interview to evaluate risk behavior and/or have blood collected.

### Characteristics of participants and mental health services:

Participants were recruited mostly from CAPS (63.7%), slightly more than half were female (51.6%), older than 40 years of age (48.3%), single (48.6%), and white (51.0%); the mean individual monthly income was US\$210 (below the minimum wage in Brazil at the time of the study). More than half of the sample had less than five years of schooling and 18.0% were illiterate. Schizophrenia and other psychotic disorders were the most common diagnoses (47.7%), followed by depression (12.8%), bipolar disorder (9.0%), substance abuse (7.0%), and anxiety (3.6%), and 58.0% had at least one previous psychiatric hospitalization. Fully one-third of participants never had used condoms in their lives, and 23.0% reported a previous STD, while 27.0% of participants had been previously HIV-tested and 56% perceived themselves as not being at risk for HIV infection.

Only 26.9% of the treatment settings provided sexual education programs; these programs more often were offered at the CAPS (33.4%) compared to psychiatric hospitals (18.2%). Sexual education programs included workshops with the patients dealing with themes such as sexuality and family planning, as well as monthly lectures and sexual

education courses. Condoms were distributed in only 30.8% of psychiatric treatment settings—only one hospital was among these institutions. The reasons cited for non-distribution of condoms were their availability at basic health treatment settings and lack of sexual programs at the psychiatric institutions. At the time of the survey, 61.5% of the institutions had at least one known HIV-positive patient <sup>16</sup>.

A total of 2475 participants consented to be interviewed and 2300 consented to blood draws and testing. Among the 2300 participants that had blood collection, 2080 (90.4%) had an individual interview and a questionnaire regarding returning exam results completed by the mental health service (regardless of results provided or not).

Among the total (n=2080), 1656 (79.6%) participants received their exam results (Table 1). Across centers, the rate of receipt of test results ranged from 1.5% to 100%. The community centers (CAPS) returned their results to 89.2% of participants and the hospitals to 60.2%. The two most frequent reasons for not returning results of exams were that participants could not be found (24.0%) or did not return to the treatment setting for their results (19.5%). The majority of participants were contacted only once and received their results; only 20.1% of participants needed to be contacted more than once, up to a maximum of four attempts reported. The most common way of contacting the patient was direct contact at the treatment center (41.1%) or by telephone (24.8%). Most contacts were carried out by the research supervisor at centers (74.6%). However, at CAPS, 32.4% of contacts were made by clinic professionals other than the research supervisor, but in the hospitals only 11.2% of contacts were made by in-house staff. Following PESSOAS Project was ended, 73.0% of participants still were in treatment at mental health services, with appreciably more community-based in CAPS (91.4%) than in hospitals (35.6%). At post-test counseling, the majority of participants arrived alone (81.2%) (Table 2). If not alone, family members most often accompanied patients (59.0%). When receiving the exam results, the majority of the

patients (85.2%) were also alone. However, 57.6% of participants authorized the results to be disclosed to someone else. This percent was higher in hospitals (65.4%) than in CAPS (55.1%). Only 7.5% of participants reported that the results were difficult to understand and 93.6% of participants completed post-test counseling. The majority of participants scheduled only one post-test counseling session.

Among those participants who received their exam results (n=1656), 377 (22.8%) had at least one positive test result for HIV, hepatitis B and C, or Syphilis in serological exam results (Table 3). Few patients with current positive results were previously tested and were already in treatment for HIV (n=10), Syphilis (n=6), hepatitis B (n=15) or hepatitis C (n=7). However, exam results allowed a larger number of positive patients to be identified: HIV (n=11) Syphilis (=29 patients HAI positive and 62 VDRL positive), hepatitis B (n=35 HBsAg positive, 278 Anti-HBc total positive); and, and hepatitis C (n=39 Anti-HCV positive). Among these patients with positive marks, referral to treatment was made for 9 with HIV and represents 82% of positive marks, 47 with Syphilis and represents 51% of positive marks, 212 with hepatitis B and C and represents 60% of positive marks. At least one referral contact was made with STD coordination services for 67.4% of the centers (84.2% of CAPs and just 41.6% of the hospitals). Among treatment centers that made referral, 78.7% believed that this service-to-service contact facilitated the patient's attendance at the STD service (96% of CAPS and just 25% of the hospitals). For those patients who were asked for a counter-referral (from a medical back to a psychiatric treatment center), the counter-referral actually occurred for 85.7% of HIV positive patients, 66.6% for Syphilis patients, 67.3% for Hepatitis B and C patients.

### ***Preliminary Multilevel analysis***

Table 4 shows that among the socio-demographic variables, living in the same city where the treatment service [OR=1.48 (95% CI: 1.01-2.15)] or being single [OR=1.40 (95% CI: 1.05-1.85)] showed association with receiving exam results. Among the clinical and behavioral variables, those that showed an evident association with receiving exam results were having delusional/delirious behavior during the interview [OR=1.56 (95% CI: 0.95-2.56)]; not having heard of AIDS [OR=3.24 (95% CI: 1.37- 7.68)]; having a low score in knowledge about HIV [OR=1.34 (95% CI: 0.97-1.85)]; not using alcohol in the last month [OR=1.32 (95% CI: 0.98-1.79)]; not using crack in the last year [OR=1.68 (95% CI: 0.96-2.94)]; and not having been previously HIV tested [OR=1.43 (95% CI: 1.05-1.94)]. In addition, a positive association with receiving the exam results was found for treatment centers that distributed condom to patients [OR=5.70 (95% CI: 1.14-28.45)] and patients in treatment at CAPS [OR=7.82 (95% CI: 1.96; 31.25)].

### ***Multilevel analysis***

The hierarchical logistic regression model was obtained taking into account the characteristics of individuals at Level 1 and the characteristics of the mental health services at Level 2. First, a null model (1) was adjusted, i.e., without any explanatory variables (model with intercept only). The model 2 was adjusted with individual variables without any contextual variables (centers). The final model 3 was adjusted considering individual and contextual variables. The following individual variables were independently associated with receiving exam results: living in the same city where the treatment centers were [OR=1.47 (95% CI: 1.00-2.16)], being single [OR=1.37 (95% CI: 1.03-1.83)], not having heard of AIDS [OR=3.13 (95% CI: 1.23- 7.98)], not having been previously HIV tested [OR=1.36 (95% CI: 1.00-1.85)]. The characteristic related to the mental health services that showed an

independent association with receiving exam results was having regular distribution of condoms to patients [OR=5.69 (95% CI: 1.23-26.29)] (Table 5). The variance among centers was reduced from 0.54 (model 1) to 0.52 (model 2) considering the individual characteristics of patients i.e., 3.7% of the variance of level 2 can be explained by the heterogeneity in the composition of the patients in treatment at each center. The remaining of the variance (94.3%) was the contextual effect, the variability that was observed because the mental health services were different. Part of this difference can be accounted for the level 2 variable -condom distribution by centers - which reduced the variance to 0.43(model 3), a reduction of 11%.

## **Discussion**

The rate of 80% for delivery of exam results for HIV, Syphilis, Hepatitis B and C was good when compared with other studies. Tao et al <sup>10</sup>, 1999 discussed that more than 1 in 8 people tested for HIV infection in the USA in 1994 and 1995, did not receive their test results. At publicly funded testing sites, 25% of people who tested HIV-positive and 33% of those who tested HIV-negative in 1995 did not return for their results <sup>18</sup>. In an STD clinic, 21% of those who tested positive for HIV remained unaware of their test results despite outreach efforts to notify them <sup>19</sup>. It is important to point out that in the context of this multicenter national study in Brazil, all efforts were made to deliver the exam results to participants. Standard clinical care rates for delivery of exam results at mental health services may be even lower because the patients in many cases need to navigate through the services to collect blood and then return to get the results, an intimidating set of activities for many people with severe psychiatric disorders. The majority of mental health treatment centers in Brazil do not provide these exams on-site <sup>16</sup> and patients need to be counter-referred to other treatment centers, possibly an insurmountable barrier for patients to follow through with STI treatment. Satriano et al. <sup>8</sup> (2007) suggested that often the only access to health care for the SMI

population is through their mental health centers, yet among 26 mental health services evaluated, 15.4% of programs reported not offering HIV testing to patients <sup>16</sup>.

The community mental health centers (CAPS) had a large advantage in returning exam results, in fact a seven-fold increase in likelihood in contrast with hospitals. Delivering exam results in hospitals may be a challenge because many patients do not stay in long-term treatment (35.6% remained in inpatient treatment following the PESSOAS Project versus 91.4% in CAPs). In addition, services with condom distribution as part of the prevention efforts were more likely to deliver the test results. Proximity to treatment was a predictive factor: when participants lived in cities different from where the treatment centers were, they were at significant disadvantage. This finding soundly reaffirms the policies of decentralization promoted by the Brazilian health ministry which provides for services near the homes of patients. It seems that the concept of regionalization in the provision of mental health services also is important in stemming the AIDS epidemic <sup>20</sup>.

In a population-based study, França Junior et al <sup>21</sup>, 2008 found an increase in HIV testing in Brazil from 20% in 1998 to 33.6% in 2005. By contrast, in the US, the population testing rate was 40.4% in 2006 <sup>1</sup>. However, HIV testing for the specific population of psychiatric patients in Brazil was 27.2%, lower than the Brazilian population-based rate <sup>4,21</sup>. This lower testing rate is a concern, because the psychiatric population has well-documented high rates of risk behavior for STIs. The majority of participants in the present study were not aware of their serological status, even after rigorous efforts to notify them, especially regarding Syphilis and hepatitis B and C, underscoring the importance to check all STIs including but not only HIV.

The mental health services received only 68% of all the counter-referrals requested by other treatment services. This situation indicates the difficulty of coordination between mental health and STI treatment services and shows the problem of providing needed comprehensive

healthcare to people with two severe conditions, psychiatric disorders and STIs. The failure of services to act integrally puts patients in a risk bind where one or both identified conditions were not adequately addressed. Many authors have discussed the vulnerability of psychiatric patients that have other comorbid clinical conditions <sup>6,22</sup>. Even before the HIV epidemic, public health systems had difficulty providing adequate physical health care: about 50% of serious physical disorders among severe psychiatric patients who were receiving psychiatric treatment went undetected <sup>6</sup>.

Until now, there have been few studies about the psychiatric population receiving HIV/STI test results. Desai and Rosenheck<sup>13</sup>, 2004 found that returning for results was associated with more education, not having a disability, having fewer drug problems, not having an STD, having been HIV-tested previously, and having previously received HIV test results. Our findings from this Brazilian multicenter sample are a stark contrast, the multilevel analysis shows that people who had never heard about AIDS before and people who had never been tested for HIV before had more chance of receiving their results, and also identified proximity to the treatment center as critical.

This analysis is innovative because it introduces contextual variables (mental health services) to assess the differences between the participants receiving exams results. However, only condom distribution significantly affected whether patients received their exam results. This finding raises questions about the role of mental health services in preventing this population's HIV/STI risk behavior. In a previous study <sup>16</sup> it was observed that these services had difficulty establishing reference and counter-reference with the health care network, a fact worsened by the lack of basic clinical support equipment and the scarcity of professionals in most of the treatment centers. The mental health services are still ill-prepared to adequately

address the problems related to the incipency of STI prevention, as well as to offer effective care.

## **Conclusions**

What has been observed in Brazil up to this moment is that STI/AIDS prevention and intervention policies for the psychiatric population are insufficient despite awareness that this group is potentially more vulnerable to infection than the general population. What remains to be strengthened is illuminated by our study findings. Better integration between services needs to be implemented. Mental health care providers must be urged to increase the numbers of psychiatric patients to test, not only for HIV but for all STIs. It is a critical time to make decisions about policies for HIV and mental health in Brazil. Permanent adequate educational strategies for the professionals who work in mental health services must be developed. Our results point to the need to create and reinforce public policies which promote preventive measures as part of the complete health assistance offered to this population.

## References:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Persons tested for HIV—United States, 2006. *MMWR* 2008; 57(31): 845-849.
2. Marks, G, Crepaz, N, Janssen, RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006; 20(10): 1447–1450.
3. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health* 2001; 91:31-7.
4. Guimarães, MDC., Campos, LN., Melo, APS., et al. Prevalence of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C among adults with chronic mental illness: a national multicenter study in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2009; 31:43-7.
5. Goldberg RW, Seth P. Hepatitis C services and individuals with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 2008; 44(5):381-4.
6. Sullivan, G, Koegel, P, Kanouse, DE, Cournos, et al. HIV and people with serious mental illness: The public sector's role in reducing HIV risk and improving care. *Psychiatric Services* 1999; 50(5), 648 – 652.
7. Goldberg RW, Himelhoch S, Kreyenbuhl J et al. Predictors of HIV and Hepatitis Testing and Related Service Utilization Among Individuals With Serious Mental Illness. *Psychosomatics* 2005; 46:573–577.
8. 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* 2007; 33(1/2):. 95-108.
9. Senn TE, Carey PC. HIV Testing among Individuals with a Severe Mental Illness: Review, Suggestions for Research, and Clinical Implications. *Psychological Medicine* 2009; 39(3): 355–363.
10. Tao G, Branson BM, Kassler WJ, et al, Rates of receiving HIV test results: data from the U.S. National Health Interview Survey for 1994 and 1995. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 1999; 22: 395- 400.
11. Centers for Disease Control and Prevention. HIV counseling and testing at CDC-supported sites—United States, 1999–2004. 2006:[4-33]. Available at: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/reports.htm>
12. Desai MM, Rosenheck RA, Desai RA. Prevalence and Correlates of Human Immunodeficiency Virus Testing and Posttest Counseling Among Outpatients With Serious Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2007; 195(9): 776-780.

13. Desai MM, Rosenheck RA. HIV Testing and Receipt of Test Results Among Homeless Persons With Serious Mental Illness. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(12): 2287-94.
14. Germano FN; Silva, TMG; Mendoza-Sassi, R; Martínez, AMB. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico - Rio Grande, RS, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3): 1033-1040.
15. Guimarães, MDC, Oliveira, HN, Campos, LN, Santos, CA, Gomes, CER, Oliveira, SB. et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness – PESSOAS. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2008; 30: 55-59.
16. Melo, APS., Acúrcio, FA, Cherchiglia, ML, et al. Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Revista Medica Minas Gerais* 2007; 17(1/2 Suppl. 4): S240-S248 .
17. World Health Organization. (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision. – 2 nd ed. 3 v.
18. Centers for Disease Control and Prevention. HIV counseling and testing in publicly funded sites: 1995 summary report. *Atlanta, GA*: US Department of Health and Human Services, 1997.
19. Kassler WJ, Dillon BA, Haley C et al. On-site, rapid HIV testing with same-day results and counseling. *AIDS* 1997; 11:1045–51.
20. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde ; 2005.
21. França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005 *Revista de Saúde Pública* 2008;42(Supl 1):84-97
22. Tucker JS, Kanouse DE, Miu A, Koegel P, Sullivan G; HIV risk behaviors and their correlates among HIV-positive adults with serious mental illness. *AIDS Behav* 2003; 7; 29-40.

Table 1- Descriptive characteristics of attempts to contact participants for the delivery of HIV/STI exams results.

<b>Characteristics</b>	<b>Hospital n=686 (33%)</b>	<b>CAPS n=1394 (67%)</b>	<b>TOTAL n= 2080 (100%)</b>
<b>Delivery of the results of exams:</b>			
<i>Yes</i>	413(60.2)	1243(89.2)	1656(79.6)
<i>No</i>	273(39.8)	151(10.9)	424(20.4)
<b>Reasons for not returning results (n=424)</b>			
<i>Not Located</i>	92(33.6)	10( 6.6)	102(24.0)
<i>Did not show up for visit</i>	23( 8.4)	60(39.7)	83(19.5)
<i>Did not show interest in result</i>	35(12.8)	1( 0.7)	36( 8.4)
<i>No money / transport</i>	26( 9.5)	0( 0.0)	26( 6.1)
<i>Other situations</i>	43(15.7)	17(11.2)	60(14.3)
<i>Information unknown</i>	54(20.0)	63(41.8)	117( 27.7)
<b>Situation of the participant after the project:</b>			
<i>Remains in treatment at service</i>	244(35.6)	1274(91.4)	1518( 73.0)
<i>Discharged to another mental health services</i>	320(46.6)	19( 1.4)	339(16.3)
<i>Others</i>	122(17.8)	101( 7.2)	223(10.7)
<b>First attempt to contact was made:</b>			
<i>At the services</i>	151(17.7)	703(50.4)	854(41.1)
<i>By telephone</i>	299(43.6)	216(15.5)	515(24.8)
<i>Others</i>	236(38.7)	475(34.1)	711(34.1)
<b>Number of effective attempts to contact</b>			
<i>Only one</i>	431(62.8)	1198(85.9)	1629(78.3)
<i>2-4</i>	229(33.4)	187(13.5)	416(20.1)
<i>Unknown</i>	26( 3.8)	9( 0.6)	35( 1.6)

Table 2- Descriptive characteristics evaluated at the moment of post-test counseling with participants.

<b>Characteristics</b>	<b>Hospital n=413 (24.9%)</b>	<b>CAPS n=1243 (75.1%)</b>	<b>TOTAL n= 1656 (100%)</b>
<b>Participants were accompanied by someone:</b>			
<i>Yes</i>	125(30.2)	172(13.8)	297(17.9)
<i>No</i>	280(67.8)	1064(79.2)	1344(81.2)
<i>Unknown</i>	8 ( 1.9)	7( 0.6)	15 ( 0.9)
<b>With whom?(n=297)</b>			
<i>Parents</i>	30(24.1)	37(21.5)	67(22.6)
<i>Partners</i>	13(10.4)	22(12.8)	35(11.8)
<i>Others in family</i>	34(27.2)	39(22.6)	73(24.6)
<i>Others</i>	48(38.3)	74(43.1)	122(41.0)
<b>Participant was alone when test result was communicated:</b>			
<i>Yes</i>	310(75.1)	1102(88.7)	1412(85.2)
<i>No</i>	92(22.3)	120(9.7)	212(12.8)
<i>Unknown</i>	11( 2.6)	21( 1.8)	32( 2.0)
<b>Participant authorized disclosing HIV results to someone:</b>			
<i>Yes</i>	270(65.4)	685(55.1)	955(57.6)
<i>No</i>	93(22.5)	476(38.3)	569(34.4)
<i>Unknown</i>	50(12.1)	82( 6.7)	132( 8.0)
<b>Participant had difficulty in understanding HIV result</b>			
<i>Yes</i>	43(10.4)	81( 6.5)	124( 7.5)
<i>No</i>	347(84.0)	1134(91.2)	1481(89.4)
<i>Unknown</i>	23( 5.6)	28( 2.1)	51( 3.1)
<b>Post-test counseling carried out:</b>			
<i>Yes</i>	381(92.3)	1169(94.0)	1550(93.6)
<i>No</i>	8( 1.9)	51( 4.1)	59( 3.6)
<i>Unknown</i>	24( 5.8)	23( 1.8)	47( 2.9)
<b>Number of visits scheduled for an effective pos-test counseling:</b>			
<i>Only one</i>	336(81.4)	1080(86.9)	1416(85.5)
<i>2-4</i>	3( 0.7)	35( 2.8)	38( 2.3)
<i>Unknown</i>	74(17.9)	128(10.3)	202(12.2)

Table 3- Descriptive characteristics of patients with positive test results for HIV, hepatitis B and C, or Syphilis.

<b>Characteristics</b>	<b>Hospital n= 149 (39.5%)</b>	<b>CAPS n=228 (60.5%)</b>	<b>TOTAL n=377 (100%)</b>	
<b>Before receiving exams results, patients were in treatment for :</b>				
<i>HIV/AIDS</i>	4(40.0)	6(60.0)	10(100)	
<i>Syphilis</i>	2(33.3)	4(66.7)	6(100)	
<i>Hepatitis B</i>	2(13.3)	13(86.7)	15(100)	
<i>Hepatitis C</i>	5(71.4)	2(28.6)	7(100)	
<b>Patients with positive serological exams results:</b>				
<i>HIV/AIDS</i>	<i>{(antibody (Anti-HIV 1 e 2 (ELISA) confirmed by Western Blot )}</i>	4(36.4)	7(63.6)	11(100)
<i>Syphilis</i>	<i>(HAI positive)</i>	16(55.2)	13(44.8)	29(100)
	<i>(VDRL positive)</i>	23(37.1)	39(62.9)	62(100)
<i>Hepatitis B</i>	<i>(HbsAg positive)</i>	16(37.1)	22(62.9)	35(100)
	<i>(Anti-Hbc Total positive)</i>	113(40.6)	165(59.4)	278(100)
<i>Hepatitis C</i>	<i>(Anti_HCV positive)</i>	19(48.7)	20(51.3)	39(100)
<b>Patients were referred to treatment :</b>				
<i>HIV/AIDS</i>	1(11.1)	8(88.9)	9 (100)	
<i>Syphilis</i>	12(25.5)	35(74.5)	47(100)	
<i>Hepatitis B e C</i>	31(14.6)	181(85.4)	212(100)	
<b>Counter-referral was requested:</b>				
<i>HIV/AIDS</i>	1(14.3)	6(85.7)	7(100)	
<i>Syphilis</i>	2(8.3)	22(91.7)	24(100)	
<i>Hepatitis B e C</i>	20(13.4)	130(86.6)	150(100)	
<b>Counter-referral actually occurred:</b>				
<i>HIV/AIDS</i>	1(16.7)	5(83.3)	6(100)	
<i>Syphilis</i>	1(6.3)	15(93.8)	16(100)	
<i>Hepatitis B e C</i>	13(12.9)	88(87.1)	101(100)	

Table 4 – Multilevel logistic regression for each explanatory variable considering the dependence among units nested in clusters (26 mental health centers).

Characteristics	Received results of test results			
	Total <sup>1</sup> (n=2080)	n(%) <sup>2</sup>	Odds Ratio ( CI 95%)	p value
<b>Demographic</b>				
Marital status:				
<i>Single</i>	996	808 (81.1)	1.40(1.05; 1.85)	0.019*
<i>Others</i>	1084	848 (78.2)	1.00	
Live in the same city where the services were located:				
<i>Yes</i>	1663	1417(85.6)	1.48(1.01; 2.15)	0.040*
<i>No</i>	417	178(57.3)	1.00	
Retirement or withdraw from a job by sickness				
<i>Yes</i>	759	632(83,3)	1.21(0.90;1.63)	0.20
<i>No</i>	1313	1017(77,5)	1.00	
<b>Clinical</b>				
Delusional/delirious behavior during interview:				
<i>Yes</i>	229	184 (80.3)	1.56(0.95; 2.56)	0.076
<i>No</i>	1851	1472 (79.5)	1.00	
Use of alcohol in the last month				
<i>Yes</i>	611	443 (70.9)	1.00	
<i>No</i>	1469	1233 (83.3)	1.32(0.98;1.79)	0.066
Use of crack in the last year				
<i>Yes</i>	100	50 (50.0)	1.00	
<i>No</i>	1980	1606 (81.1)	1.68(0.96; 2.94)	0.068
Know psychiatric medicine				
<i>Yes</i>	1321	1085(82,1)	1.25(0.93; 1.70)	0.133
<i>No</i>	647	476(73,6)	1.00	
<b>HIV history</b>				
Having heard of AIDS:				
<i>Yes</i>	1934	1521(78.6)	1.00	
<i>No</i>	128	119 (93.0)	3.24(1.37; 7.68)	0.007*
Knowledge about HIV				
<i>Above median</i>	1471	1153(78.4)	1.00	
<i>Below median</i>	554	452(81.6)	1.34(0.97;1.85)	0.074
Previous HIV testing :				
<i>Yes</i>	556	432(77.7)	1.00	
<i>No</i>	1441	1153 (80.0)	1.43( 1.05; 1.94)	0.027*
<b>Mental Health Services</b>				
Condom distribution by centers				
<i>Yes</i>	753	703(93.4)	5.70(1.14;28.45)	0.034*
<i>No</i>	1327	953(71.8)	1.00	
Type of mental health service				
<i>CAPs</i>	1394	1243(89.2)	7.82(1.96;31.25)	0.004*
<i>Hospital</i>	686	413(60.2)	1.00	

<sup>1</sup>-n(total) varies according to unknown information<sup>2</sup>number and proportion of participants that received exam results in each variable\* Statistical significance  $p < 0.05$

Table 5 – Multilevel logistic regression based on delivering of exam results fitted to level 1(individual) and level 2(centers) according to selected characteristics .

<i>Characteristics</i>	<b>Model 1 with intercept only</b>	<b>Model 2 without Condom distribution</b>	<b>Complete model 3 with Condom distribution</b>
<i>Fixed Parameter</i> <sup>1</sup>		<b>Odds Ratio ( CI 95%)</b>	<b>Odds Ratio ( CI 95%)</b>
<b><i>Intercept</i></b>			
<i>Single</i>		1.37(1.03; 1.84)*	1.37(1.03; 1.83)*
<i>Live in the same city where the services are</i>		1.49(1.01; 2.19)*	1.47(1.00; 2.16)*
<i>Not having heard of AIDS</i>		3.11(1.21; 7.97)*	3.13(1.23; 7.98)*
<i>Not having been previously anti-HIV tested</i>		1.36( 1.00;1.86)*	1.36( 1.00;1.85)*
<b>Level 2 (Centers)</b>			
Condom distribution by centers			5.69(1.23;26.29)
<b><i>Random parameters</i></b> <sup>2</sup>	<b>Coefficients</b>	<b>Coefficients</b>	<b>Coefficients</b>
<i>Level 2 (Centers) <math>\sigma_u^2</math></i>	0.54	0.52	0.46
<i>-log likelihood</i>	-745.46	-710.94	-708.63

<sup>1</sup>Fixed parameter obtained through multilevel logistic regression

<sup>2</sup> Random parameter obtained through multilevel logistic regression

\* Statistical significance  $p < 0.05$

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados produzidos até o momento, pelo Projeto Pessoas, vêm contribuindo para elucidar um campo de pesquisa até então pouco explorado no Brasil: a Saúde Mental e a atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Os dados de soroprevalência para a população psiquiátrica brasileira revelaram altas proporções quando comparadas à população geral {1,12% para sífilis; 0,80% para HIV; 1,64% para o HBsAg, 14,7% para anti-HBc e 2,63 % para anti-HCV (Guimarães et al, 2009)<sup>1</sup> }.

Conforme examinado nesta tese, os serviços de saúde mental desempenham um papel fundamental na consolidação e articulação do cuidado às IST/aids, na população psiquiátrica. Contudo, a pesquisa realizada com enfoque nos serviços de saúde mental indicou um despreparo para a realização de prevenção e cuidado nessa clientela psiquiátrica em risco para as IST/aids. Mais especificamente, observou-se uma insuficiência de recursos humanos e de equipamentos, indisponibilidade de medicamentos sobretudo para atenção às urgências clínicas, dificuldades em fornecer suporte clínico aos pacientes (IST/aids inclusive) e precária estrutura dos serviços de referência e contra-referência. Além disso, poucos serviços disponibilizavam programas de educação sexual ou distribuição de preservativos, apesar da existência de pacientes sabidamente portadores da infecção pelo HIV.

Nesse sentido, a integralidade das ações de atenção e prevenção em saúde mental e IST/aids permanecem um desafio. Observou-se uma fragmentação do cuidado em saúde para esta clientela, evidenciado também quando os resultados de exames de IST/aids foram devolvidos aos participantes. Os CAPS devolveram os resultados para 89% dos participantes, enquanto os hospitais os devolveram apenas para 60%. Entre os 2080 participantes que realizaram a coleta de sangue e tiveram um questionário de devolução de exames respondidos, 1656 (80%) receberam os resultados acompanhados de aconselhamento pós-teste. Os serviços de saúde mental receberam apenas 68% das contra-referências, solicitadas aos serviços especializados para aqueles pacientes com algum marcador positivo nos exames de IST/aids. Cabe ressaltar a baixa testagem para anti-HIV alguma vez na vida (27%) entre os pacientes psiquiátricos, sendo que os serviços de saúde mental que relataram a distribuição de preservativos aos seus pacientes, devolveram mais exames de IST/aids aos participantes.

---

1-Vide referência na apresentação

Entretanto, ao se avaliar o grau de conhecimento dos participantes sobre HIV/aids, não se evidenciou associação estatística significativa entre os serviços de saúde mental que distribuíram preservativos, ou que desenvolviam programas de educação sexual com escore de conhecimento sobre HIV/aids. Evidenciou-se um alto grau de desinformação para alguns itens da escala: “*pegar aids pela picada de inseto*” que apresentou apenas 39,1% de respostas corretas, enquanto no estudo populacional brasileiro chegou a 95,4% (Brasil, 2006)<sup>83</sup>. Vários estudos comparativos evidenciaram uma média de escore menor de conhecimento sobre HIV/aids para os pacientes psiquiátricos. Algumas variáveis de comportamentos de risco indicaram resultados relevantes, como o risco auto-atribuído, no qual 23,9% dos participantes não sabiam avaliar o seu risco de adquirir o HIV, apresentando um menor grau de conhecimento. Além disso, o uso de preservativos apresentou associação com maior grau de conhecimento para aqueles que relataram uso na maioria das vezes e menor, para os que nunca haviam tido relação sexual.

Considerando-se a população psiquiátrica um grupo potencialmente mais vulnerável às IST/aids, as políticas de prevenção e intervenção configuram insuficientes. É essencial, o quanto antes, desenvolver políticas públicas que promovam medidas preventivas e cuidado de saúde integral para essa clientela.

## **Medidas que podem aprimorar a atenção às IST/aids nos serviços de saúde mental**

Após a discussão dos achados relevantes da pesquisa realizada e considerando alguns autores que discutem diretrizes a serem implementadas pelos serviços de saúde mental, faz-se imperativo incrementar a prevenção e tratamento dos pacientes psiquiátricos em risco para as IST/aids (Sullivan et al,1999<sup>36</sup>; Satriano et al 2007<sup>47</sup>). Entre as medidas preventivas para reduzir as infecções pelo HIV e outras IST, à primeira delas caberia exatamente avaliar os comportamentos de risco de cada indivíduo em baixo, médio e alto estabelecendo procedimentos clínicos para cada grupo, como, por exemplo, encorajar a testagem para o HIV

---

<sup>83</sup> Ministry of Health - Brazil. National Program for STDs and AIDS (2006). Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004/Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde. 175p.

<sup>36; 47</sup>Vide referência nas considerações iniciais

e outras IST e oferecer aconselhamento pré e pós-teste. Além disso, dever-se-ia disponibilizar os preservativos gratuitamente nos serviços de saúde mental. Medidas como implantação de programas de educação sexual/IST nos serviços são urgentes, bem como a provisão de informações sobre os programas de redução de risco, visando a facilitar a troca de seringas entre os usuários de drogas frequentadores dos serviços de saúde mental. Grupos específicos de prevenção e intervenção de resultados mais eficazes para a população psiquiátrica deveriam ser implementados para os pacientes em que se constatou um mais elevado comportamento de risco para as IST/aids.

Entre as medidas que poderiam ser implementadas para aprimorar o tratamento daqueles já infectados, pode-se indicar: educar profissionais de saúde mental, especialmente aqueles que trabalham com pacientes HIV-positivos, sobre o tratamento adequado para o HIV, a fim de que o curso da doença possa ser acompanhado com o auxílio de um infectologista ou clínico geral. Por exemplo, os clientes que são HIV-positivos, mas assintomáticos, devem submeter-se a uma avaliação do estado imunológico (carga viral, contagem de CD-4) em intervalos regulares. Além disso, os psiquiatras precisam dominar informações sobre complicações médicas comuns do HIV e conhecer medicamentos típicos usados para tratá-las. Outras medidas que podem ser disponibilizadas: oferecer educação e apoio a membros da família de clientes soropositivos; criar mecanismos formais ou informais, mediante a rede de assistência de saúde pública para fornecer e assegurar a coordenação e tratamento dos clientes HIV positivo ou seja, avaliar como os sistemas de saúde podem implementar intervenções viáveis e eficazes em todas as rotinas de cuidados de saúde; criar fóruns para sensibilizar a saúde mental pública, abordando questões relacionadas com o HIV entre pacientes psiquiátricos graves; melhorar a articulação dos serviços de referência e contra-referência, facilitando o encaminhamento dos pacientes que precisam de um cuidado mais específico de IST/aids, sem deixar de garantir-lhes o cuidado em saúde mental. Essas ações apontam no sentido de cuidado integral para essa clientela, tanto em ações de atenção quanto na prevenção das IST.

Concluindo, as políticas e ações específicas serão mais efetivas quanto mais universal, integral, equânime, resolutivo e participativo se revelar o sistema de saúde do qual fazem parte.

Nesse sentido, o planejamento de continuidade do Projeto Pessoas já está sendo discutido e as articulações para a busca de financiamento para as novas pesquisas, já iniciadas. No último

mês de novembro de 2009, a equipe de pesquisadores se reuniu em seminário para planejar as ações visando à continuidade do Projeto (PESSOAS II) com o apoio do Ministério da Saúde, Coordenações Estadual e Municipal de Saúde Mental e AIDS. A prioridade de pesquisa se situa em expandir a avaliação dos serviços, incluindo CAPS AD, serviços alternativos e atenção básica, viabilizando a inclusão de participantes mais graves, investigando em profundidade a violência, o estigma e os direitos humanos. Além disso, preparar-se-á uma agenda de disseminação dos resultados da pesquisa e implementação em larga escala de medidas e intervenções específicas que vierem a se mostrar eficazes para essa população.

## **APÊNDICES**

---

## **APÊNDICE A**

### **Questionário de Avaliação de Serviços**

---

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 1.1**

**APOIO:**  
Coordenação Nacional de DST/Aids  
Coordenação Técnica de Saúde Mental  
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

- 2003 -

**"ATENÇÃO: ESTA FOLHA NÃO SERÁ DIGITADA"**

NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TELEFONE : \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA: | | | | | | | | | |  
Dia Mês Ano

CENTRO:

COLE A ETIQUETA AQUI

**1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:**

1.1. Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cole a etiqueta aqui

1.2. A filiação deste serviço é:

- Público Federal..... 1
- Público Estadual..... 2
- Público Municipal..... 3
- Conveniado com SUS..... 4
- Não conveniado com SUS..... 5
- IGN..... 9

1.3. Que tipo de serviço é este?

- Hospital..... 1
- CAPS..... 2
- Outro..... 3
- IGN..... 9

Se outro, especificar: \_\_\_\_\_

**2 - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO:**

2.1. Qual o período de funcionamento?

[MARQUE AS OPÇÕES QUE SE APLICAM]

- Menor que 8 horas/dia..... 001
- 8 horas/dia..... 002
- 12 horas/dia..... 004
- 24 horas/dia..... 008
- 2ª a 6ª feira..... 016
- Sábados e domingos..... 032
- Ferriados..... 064
- Outros..... 128
- IGN..... 999

Se outro, especificar: \_\_\_\_\_

IDENT: 2.2. Quais os tipos de assistência prestados neste serviço?  
[MARQUE AS OPÇÕES QUE SE APLICAM]

- Internação..... 0001
- Serviço de urgência psiquiátrica..... 0002
- Leito de observação diurno..... 0004
- Leito de observação noturno..... 0008
- Atendimento ambulatorial individual..... 0016
- Atendimento domiciliar..... 0032
- Atividade de recreação..... 0064
- Oficinas terapêuticas..... 0128
- Atendimento familiar..... 0256
- Reunião com pacientes..... 0512
- Outros..... 1024
- IGN..... 9999

Se outros, especificar: \_\_\_\_\_

2.3. O serviço dispõe de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização?

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

Que tipo de espaço? \_\_\_\_\_

2.4. O serviço dispõe de espaço terapêutico para oficinas ocupacionais que visem a reinserção laborativa dos pacientes com transtorno mental?

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

Que tipo de espaço? \_\_\_\_\_





IDENT: [ ] [ ] [ ]

4.3. O número de profissionais que compõem a Equipe é:

Suficiente..... 1  
Insuficiente ..... 2  
Muito insuficiente... 3  
IGN..... 9

Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.4. A capacitação dos profissionais que compõem a Equipe para exercer as atividades propostas é:

Muito ruim ..... 1  
Ruim ..... 2  
Regular ..... 3  
Boa ..... 4  
Excelente ..... 5  
IGN..... 9

Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.5. Existem critérios no serviço para prescrição de atividades terapêuticas?

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

Se SIM, quais critérios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6. Existem critérios para avaliação de desempenho social e laborativo do paciente na instituição?

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

Se SIM, quais critérios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENT: [ ] [ ] [ ]

4.7. Existem critérios para a admissão e alta dos pacientes?

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

Se SIM, quais critérios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.8. Existem programas de educação sexual na instituição?

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

4.9. Existem pacientes sabidamente HIV + na instituição?

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

4.10. Os pacientes portadores do HIV falam sobre o problema em atividades de grupo?

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

Como isso ocorre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

Se SIM, quem o faz? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.11. 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENT:  

4.12. Este serviço desenvolve atividades de caráter técnico-científico em equipe? [MARQUE AS QUE SE APLICAM]

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

Se OUTRAS, especificar: \_\_\_\_\_

4.13. Este serviço possui normas de conduta com relação ao uso de drogas, sexo e agressividade?

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

Se SIM: Como a instituição lida com estas proibições se existir transgressão às mesmas? \_\_\_\_\_

#### 5 - DISPONIBILIDADE DE EXAMES LABORATORIAIS (referência interna e externa):

Tipos de Exames	Sim... 1	Próprio..... 1	Interno..... 1
	Não... 2	Não próprio. 2	Externo..... 2
	IGN... 9	IGN..... 9	IGN..... 9

Exames sorológicos	1	2	9	1	2	9	1	2	9
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bioquímica	1	2	9	1	2	9	1	2	9
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Radiologia	1	2	9	1	2	9	1	2	9
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sorologia para sífilis	1	2	9	1	2	9	1	2	9
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sorologia para HIV	1	2	9	1	2	9	1	2	9
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sorologia para Hepatite	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Problemas encontrados na disponibilidade de exames laboratoriais:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

IDENT:  

#### 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

6.4. Estado de conservação e higiene das instalações:

Muito ruim ..... 1  
 Ruim ..... 2  
 Regular ..... 3  
 Bom ..... 4  
 Excelente ..... 5  
 IGN..... 9

#### 7 - EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS:

7.1. Disponibilidade de equipamentos/instrumentos para a realização de exame físico:

Equipamento:      Sim      Não      IGN

Abaixador de língua.....	1	2	9
Balança.....	1	2	9
Estifnomanômetro.....	1	2	9
Estetoscópio.....	1	2	9
Lanterna.....	1	2	9
Luvas.....	1	2	9
Otoscópio.....	1	2	9
Termômetro.....	1	2	9





IDENT: [ ] [ ]

**13 - OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES:**

13.1. Escreva quais foram as dificuldades na obtenção das informações deste formulário.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[ ]

Formulário preenchido por: \_\_\_\_\_

[ ] [ ]

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**OBSERVAÇÕES:**

## **APÊNDICE B**

### **Questionário de avaliação de Aconselhamento Pós-teste**

---



**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/SV/SMS  
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 -

-1-

**ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE**

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

CENTRO: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE ORDEM: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE IDENT: \_\_\_\_\_

**PARTE 1- CONTATO COM O PARTICIPANTE**

1.1- Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

1.2- Data do início do preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1.3- Quem fez o contato com o participante para o aconselhamento pós-teste?  
Supervisor: ..... 1  
Outros: ..... 2

Se OUTROS, especificar: \_\_\_\_\_

1.4- O que aconteceu com o participante após participação no Projeto PESSOAS?

- 1 Continua em tratamento no serviço.....
- 2 Teve alta sem encaminhamento .....
- 3 Abandonou o tratamento.....
- 4 Encaminhado para outros serviços de saúde mental .....
- 5 Encaminhado para outras instituições que não da saúde mental.....
- 6 Outros .....
- 9 IGN.....

SE OUTROS ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
SE ENCAMINHADO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

(Instituição e local)

1.5- Qual a data da última consulta do participante no serviço antes do contato para agendamento do aconselhamento pós-teste: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**AGENDAMENTO DO ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE**

	Data do contato	Forma de contato	Conseguiu contato	Agendado para a data	Compareceu	Justificativa
1ª Tentativa						
2ª Tentativa						
3ª Tentativa						
4ª Tentativa						

-2-

Observações sobre o contato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENT:

**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?

HIV/Aids.....	Sim	Não	NA	IGN
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) para outras pessoas?

HIV/Aids.....	Sim	Não	NA	IGN
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9

A. SE SIM, PARA QUEM?  
[ESPECIFIQUE A SOMA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]

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: \_\_\_\_\_

IDENT:

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?

HIV/Aids.....	Sim	Não	NA	IGN
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9

SE SIM, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

2-6- Foi realizado o aconselhamento pós-teste?

HIV/Aids.....	Sim	Não	NA	IGN
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9

SE NÃO, PORQUÊ: \_\_\_\_\_

2-7-Foi necessário agendar nova consulta de aconselhamento pós-teste?

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

2-8- Quantas consultas foram agendadas no total para o aconselhamento pós-teste? Número de consultas: \_\_\_\_\_



3-8- Este serviço foi contactado antes do encaminhamento do participante?

	Sim	Não	NA	IGN
HIV/Aids.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9

A. Se SIM, com quem foi feito o contacto?  
[MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]

HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C
----------	---------	------------	------------

Gerência do serviço..... 1  
Técnico do agendamento..... 2  
Com o médico responsável..... 3  
Outros..... 4  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE OUTROS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

3-9- Quem fez o agendamento da consulta no serviço de referência?  
[MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]

HIV/Aids	Sífilis	Hepatite B	Hepatite C
----------	---------	------------	------------

O próprio participante..... 1  
Familiar do participante..... 2  
O supervisor da pesquisa..... 3  
Outro técnico do serviço de saúde mental..... 4  
Outros..... 5  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE OUTROS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

IDENT: L L L L L

3.10- Este local de tratamento é no próprio município no qual o paciente reside:

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

SE NÃO, QUAL O MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO DA CONSULTA NO SERVIÇO DE ACOMPANHAMENTO DA DST**

Data do contacto com o serviço	Forma de contacto	Conseguiu marcar a consulta	Agendada para a data	Participante compareceu	Justificativa
--------------------------------	-------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------------	---------------

1ª Tentativa					
2ª Tentativa					
3ª Tentativa					
4ª Tentativa					

Observações sobre o contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.11- Foi solicitada a contra-referência do serviço para o qual o participante foi encaminhado?

	Sim	Não	NA	IGN
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 3.11:**

A) Recebeu a contra-referência?

	Sim	Não	NA	IGN
HIV/Aids.....	1	2	8	9
Sífilis.....	1	2	8	9
Hepatite B.....	1	2	8	9
Hepatite C.....	1	2	8	9

IDENT: L L L L L

3.12- O participante retornou a este serviço de saúde mental após atendimento no serviço responsável pelo tratamento?

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

SE SIM, ANOTAR A DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.13- O paciente está em acompanhamento/tratamento para alguma DST diagnosticada?  
[MARQUE A RESPOSTA CORRESPONDENTE A CADA PATOLOGIA]

□□□□□□□□

- |  | HIV/Aids | Sífilis | Hepatite B | Hepatite C |
|--|----------|---------|------------|------------|
| SIM.....                                   | _____    | _____   | _____      | _____      |
| NÃO, não conseguiu fazer o tratamento..... |          |         |            | 1          |
| NÃO, já concluiu o tratamento.....         |          |         |            | 2          |
| NÃO, abandonou o tratamento.....           |          |         |            | 3          |
| NA.....                                    |          |         |            | 4          |
| IGN.....                                   |          |         |            | 8          |
|  |          |         |            | 9          |

3.14- Anotar a data de finalização do preenchimento do questionário:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

□□□□□□□□

**OBSERVAÇÕES:**

Large empty box for observations.

## **APÊNDICE C**

### **Entrevista Semi-Estruturada com o Participante**

---



**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/SVSM/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 COMPLETO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

Autoriza contato:  Por telefone  Por telegrama/carta

DATA DA ENTREVISTA: | | | | | | | | | | | | | | | |  
Dia Mes Ano

CÓDIGO DO CENTRO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ORDEM: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

COLE A ETIQUETA AQUI

-2-



IDENT: \_\_\_\_\_

**SE NÃO OU IGN PARA 1.16, PASSAR PARA 1.17.  
SE SIM, CONTINUAR EM 1.16 A.**

A. A sua principal fonte de renda foi de (aquela que você recebeu maior remuneração):

- Emprego com salário mensal..... 1
- Trabalho temporário com salário..... 2
- Autônomo..... 3
- Benefício (Afastado(a) por doença)..... 4
- Aposentado por doença..... 5
- Outra Fonte..... 6
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE OUTRA, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

A.1. Se benefício ou aposentadoria, indicar há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (meses, anos)

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

A.2. Se emprego, trabalho temporário ou autônomo, qual era sua ocupação principal? \_\_\_\_\_

NA=8888 88, IGN=9999 99

B. Em geral, qual parte deste pagamento fica com você?

- Tudo..... 1
- A maior parte..... 2
- Menos da metade..... 3
- Nada..... 4
- NA..... 8
- IGN..... 9

C. Qual foi sua renda individual no último mês?

EM REAIS: \_\_\_\_\_  
NA=88888, IGN=99999

1.17. Agora pensando em todos que trabalham e recebem alguma renda na sua casa, qual foi o total da renda NO ÚLTIMO MES?

EM REAIS: \_\_\_\_\_  
NA=88888, IGN=99999

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

1.18. Atualmente, onde você mora?

- Casa/Apartamento..... 1
- Albergue..... 2
- Casa de apoio..... 3
- Pensão..... 4
- Hospital..... 5
- Na rua..... 6
- Outro..... 7
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

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
- Amiga(s)..... 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**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:

IDENT: \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

NA=88, IGN=99  
\_\_\_\_\_/VEZES

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





IDENT:     

<p>A. Idade que começou a fumar: _____</p> <p>B. Número de cigarros fumados diariamente: _____</p> <p><b>C. PARA PACIENTES INTERNADOS:</b> Você costuma fumar DENTRO do hospital?</p> <p><b>PARA PACIENTES DO CAPS:</b> Você costuma fumar DENTRO do CAPS?</p> <p>Sim..... 1 Não ..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>SE NÃO EM 3.1.C, PASSAR PARA 3.2.</b></p> <p><b>D. PARA PACIENTES INTERNADOS:</b> Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do hospital?</p> <p><b>PARA PACIENTES DO CAPS:</b> Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do CAPS?</p> <p>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</p> <p>SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>SE SIM PARA 3.1, PASSAR PARA 3.2. SE NÃO, CONTINUAR EM 3.1.E.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>E. Você já fumou alguma vez?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

IDENT:     

<p><b>SE SIM PARA 3.1.E:</b></p> <p>F. Idade que começou a fumar pela primeira vez: _____</p> <p>G. Número de cigarros que costumava fumar diariamente: _____</p> <p>3.2. Você faz (OU JÁ FEZ) uso de bebidas alcoólicas?</p> <p>Sim..... 1 Não ..... 2 IGN..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>SE SIM PARA 3.2, CONTINUAR EM 3.2.A. SE NÃO, PASSAR PARA 3.3.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>SE SIM, ESPECIFICAR:</b></p> <p>A. Idade que começou a beber: _____</p> <p><b>B. PARA PACIENTES INTERNADOS:</b> Em geral, com que frequência você bebia pelo menos uma DOSE de bebida alcoólica (VEJA INSTRUÇÕES) NO ÚLTIMO MÊS ANTES DE SE INTERNAR?</p> <p><b>PARA PACIENTES DO CAPS:</b> Em geral, com que frequência você bebeu pelo menos uma DOSE de bebida alcoólica (VEJA INSTRUÇÕES) NO ÚLTIMO MÊS?</p> <p>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</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

IDENT: \_\_\_\_\_

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

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

- Diarriamente..... 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
- NOI..... 777
- IGN..... 999

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: \_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

**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
Antefetaminas:	1	2	9	1	2	9
Opíáceos:	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
- NOI..... 6
- NA..... 8
- IGN..... 9

Droga	Mês / Ano								
Maconha:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Cocaína:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Crack:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Alucinógenos:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Antefetaminas:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Opíáceos:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Solventes:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____
Outras:	1	2	3	4	5	6	8	9	____/____

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

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

**SE SIM PARA 3.5:**

A. Quando foi a última vez que isto aconteceu?

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

3.6. Aqui DENTRO (Hospital / CAPS) você já experimentou alguma das seguintes drogas?

Droga	Sim	Não	NQI	IGN
Maconha:	1	2	7	9
Cocaina:	1	2	7	9
Crack:	1	2	7	9
Alucinógenos:	1	2	7	9
Antefetamínicos:	1	2	7	9
Opiáceos:	1	2	7	9
Solventes:	1	2	7	9
Outras:	1	2	7	9

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**"Agora vamos falar um pouco sobre sua vida sexual, como ela tem sido, o que você gosta ou prefere fazer"**

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

3.7. Você já teve relação sexual alguma vez na vida?

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

**SE NÃO, PASSAR PARA 3.11.**

3.8. Qual era sua idade quando teve sua primeira relação sexual: \_\_\_\_\_ anos

3.9. Idade que começou a ter relações sexuais regularmente: \_\_\_\_\_ anos

- Nunca teve relações sexuais regulares..... 66
- NQI..... 77
- NA..... 88
- IGN..... 99

3.10. Sua primeira relação sexual foi com:

- Um homem..... 1
- Uma mulher..... 2
- Outras situações..... 3
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

3.11. Gostaria que você me dissesse o que mais se aproxima do que você SENTE em relação à atração sexual:

- 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 sente atração sexual por homens ..... 5
- Você não sente atração sexual por outra pessoa ..... 6
- NQI..... 7
- IGN..... 9

3.12. Agora, gostaria que você me dissesse o que mais se aproxima do que você GERALMENTE FAZ, com relação à prática sexual:

- Você nunca transou ..... 0  
 Você transa somente com mulheres ..... 1  
 Você transa principalmente com mulheres, mas às vezes com homens ..... 2  
 Você transa mais ou menos igualmente com mulheres e homens ..... 3  
 Você transa principalmente com homens, mas às vezes com mulheres ..... 4  
 Você transa somente com homens ..... 5  
 Você atualmente não transa (mas transava) ..... 6  
 NQI ..... 7  
 IGN ..... 9

**PARA AQUELES HOMENS QUE RESPONDERAM DE 2 A 6 E PARA AQUELAS MULHERES QUE RESPONDERAM DE 1 A 4 OU 6 EM 3.12, CONTINUAR EM 3.13.  
SE OUTRA RESPOSTA, PASSAR PARA 3.14.**

3.13. **PARA OS HOMENS:**

Em geral, qual é sua prática sexual preferida com outros HOMENS?  
**PARA AS MULHERES:**

Em geral, qual é sua prática sexual preferida com outras MULHERES?  
[MARQUE TODAS QUE APLICAREM]

- Nunca transou ..... 001  
 Anal receptivo ..... 002  
 Anal insertivo ..... 004  
 Oral receptivo ..... 008  
 Oral insertivo ..... 016  
 Masturbação mútua ..... 032  
 Vaginal receptivo ..... 064  
 Vaginal insertivo ..... 128  
 Outras situações ..... 256  
 Não tem preferência ..... 666  
 NQI ..... 777  
 NA ..... 888  
 IGN ..... 999

SE OUTRA, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: \_\_\_\_\_

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

TODA A VIDA?

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

IDENT: \_\_\_\_\_

3.16. Com quantos HOMENS diferentes você já teve relações sexuais:

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

_____	_____	_____
-------	-------	-------

3.17. Pensando em todas as relações sexuais de SUA VIDA, em geral, o uso de camisinha ocorreu:

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

_____	_____
-------	-------

3.18. Pensando em todas as relações sexuais nos ÚLTIMOS SEIS MESES, em geral o uso de camisinha ocorreu:

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

_____	_____
-------	-------

IDENT: \_\_\_\_\_

3.19. PENSANDO EM TODAS AS RELAÇÕES SEXUAIS, alguma vez você desejou que fosse usado camisinha, mas o(a) parceiro(a) recusou o uso?

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

_____	_____
-------	-------

**SE SIM PARA 3.19:**

A. Você poderia me dizer qual(uais) o(s) motivo(s) ?

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

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

_____	_____
-------	-------

IDENT: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

**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

IDENT: \_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

**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
- Esposal(o) / Parceira(o)..... 016
- Amigas(os)..... 032
- Outros..... 064
- NQI..... 777
- IGN..... 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE A SOMA DOS ITENS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENT:     

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. Você comunicou isto a alguém ?  
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

Ninguém ..... 001  
 Familiares ..... 002  
 Esposo(a) / Parceiro(a) ..... 004  
 Amigo (a) ..... 008  
 Profissional de saúde ..... 016  
 Delegacia ..... 032  
 Outro ..... 064  
 NQI ..... 777  
 NA ..... 888  
 IGN ..... 999

SE OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: \_\_\_\_\_

3.29. Alguma vez você sofreu algum tipo de agressão FÍSICA? (Alguém já te bateu/agrediu? Você já apanhou de alguém?)

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

**SE NÃO PARA 3.29, PASSAR PARA 3.30.**  
**SE SIM, CONTINUAR EM 3.29.A.**

    
IDENT:     

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 FÍSICA foi(foram) praticado(s) por:  
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

NA ..... 001  
 Pai e / ou Mãe ..... 002  
 Filhos ..... 004  
 Outros Parentes ..... 008  
 Espos(a) / 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: \_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

D. Você comunicou isto a alguém?  
[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

- Ninguém ..... 001
- Parente ..... 002
- Esposo(a) / Parceiro(a) ..... 004
- Amigo (a) ..... 008
- Profissional de saúde ..... 016
- Delegacia ..... 032
- Outro ..... 064
- NQI ..... 777
- NA ..... 888
- IGN ..... 999

SE OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: \_\_\_\_\_

3.30. Alguma vez você já sofreu algum tipo de agressão SEXUAL como abuso sexual ou estupro?

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

SE NÃO PARA 3.30, PASSAR PARA 3.31.  
SE SIM, CONTINUAR EM 3.30.A.

A. Isto já aconteceu:

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

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
- Espos(a) / Parceira(o) ..... 016
- Amigasi(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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENT:     

<p>D. Quando isso ocorreu? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>NA..... 01 Infância..... 02 Adolescência..... 04 Idade adulta..... 08 NCl..... 77 IGN..... 99</p>	<p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E. Você comunicou isto a alguém ? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>Ninguém ..... 001 Parente ..... 002 Esposo(a) / Parceiro(a) ..... 004 Amigo (a) ..... 008 Profissional de saúde ..... 016 Delegacia ..... 032 Outro ..... 064 NCl ..... 777 NA ..... 888 IGN ..... 999</p> <p>SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

IDENT:     

<p>3.31. Você já ESTEVE PRESO(A) ALGUMA VEZ?</p> <p>Sim..... 1 Não ..... 2 IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>SE NÃO PARA 3.31, PASSAR PARA PARTE 4. SE SIM, CONTINUAR EM 3.31.A.</b></p>	
<p>A. ESPECIFICAR O MOTIVO: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B. ESPECIFICAR QUANDO: _____ / _____ Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>C. ESPECIFICAR ONDE: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>OBSERVAÇÕES:</b></p>	
<p><b>PARTE 4 - CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE HIV / AIDS</b></p>	
<p>4.1. Você já OUVIU FALAR da AIDS ou do VÍRUS HIV?</p> <p>Sim..... 1 Não ..... 2 NCl..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 IGN..... 9</p> <p><b>SE SIM PARA 4.1:</b></p> <p>A. Quando você ouviu falar de AIDS pela primeira vez? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>_____</p>	<input type="checkbox"/>

4.2. A. O que é AIDS para você ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Como você acha que se pega a AIDS ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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".

A AIDS:	Certo	Errado	NS	IGN
Destroi 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

4.4. Você já fez o exame para AIDS?

- Sim..... 1
- Não ..... 2
- NQI..... 3
- Não Sabe com certeza..... 4
- IGN..... 9

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SE SIM PARA 4.4:**

A. Você soube qual foi o resultado ?

- Sim..... 1
- Não ..... 2
- NQI..... 3
- Não Sabe com certeza..... 4
- NA ..... 8
- IGN..... 9

B. Você poderia me dizer qual foi o resultado ?

- Positivo..... 1
- Negativo..... 2
- Indeterminado..... 3
- Não Sabe com certeza..... 4
- NQI..... 7
- NA ..... 8
- IGN..... 9

4.5. Em relação ao risco de pegar AIDS, você acha que tem:

- Muito risco ..... 1
- Algum risco ..... 2
- Nenhum risco ..... 3
- Não Sabe com certeza..... 4
- NQI..... 5
- IGN..... 9

A. Você poderia me dizer POR QUÊ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NESTE MOMENTO, ENTREGAR O CARTÃO PARA O(A) PARTICIPANTE  
E OBSERVAR SE O(A) MESMO(A) SABE LER.**

- Indicou que sabe ler:
- Sim..... 1
  - Não..... 2

\_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

<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 <b>SENTE</b> em relação à atração sexual:</p> <p>Você só sente atração sexual por mulheres..... 1</p> <p>Você sente atração principalmente por mulheres, mas às vezes por homens. 2</p> <p>Você sente atração mais ou menos igualmente por mulheres e homens..... 3</p> <p>Você sente atração principalmente por homens, mas às vezes por mulheres. 4</p> <p>Você só sente atração sexual por homens ..... 5</p> <p>Você não sente atração sexual por outra pessoa ..... 6</p> <p>NQI..... 7</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4.7. Agora, para terminar gostaria que você lesse as frases deste outro cartão e me indicasse aquela que mais se aproxima do que você <b>GERALMENTE FAZ</b>, com relação à prática sexual:</p> <p>Você nunca transou ..... 0</p> <p>Você transa somente com mulheres..... 1</p> <p>Você transa principalmente com mulheres, mas às vezes com homens..... 2</p> <p>Você transa mais ou menos igualmente com mulheres e homens..... 3</p> <p>Você transa principalmente com homens, mas às vezes com mulheres..... 4</p> <p>Você transa somente com homens ..... 5</p> <p>Você atualmente não transa (mas transava) ..... 6</p> <p>NQI..... 7</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><i>"Agora, gostaria de agradecer a sua participação na pesquisa, sua compreensão e atenção. Muito obrigado."</i></p>	
<p><b>ENTREVISTADOR: ESTA PARTE VOCÊ DEVERÁ PREENCHER SEM PERGUNTAR PARA O PACIENTE</b></p>	
<p>4.8. Horário do término da entrevista: _____:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4.9. Data da entrevista: _____ / _____ / _____ dia mês ano (Anotar o ano com 4 dígitos)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4.10. Quantas tentativas foram feitas para a realização da entrevista com o paciente? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4.11. Durante a entrevista, você percebeu se o paciente apresentou alguma atividade delirante?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>

IDENT: \_\_\_\_\_

<p>4.12. Na sua percepção, o paciente durante a entrevista estava :</p> <p style="text-align: center;"><u>Sim</u>   <u>Não</u>   <u>IGN</u></p> <p>Tranquilo..... 1   2   9</p> <p>Inquieto..... 1   2   9</p> <p>Interessado..... 1   2   9</p> <p>Cooperativo..... 1   2   9</p> <p>Desorganizado..... 1   2   9</p> <p>Sonolento..... 1   2   9</p> <p>Hostil..... 1   2   9</p> <p>Outros..... 1   2   9</p> <p>SE OUTROS ESPECIFICAR: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4.13. A entrevista teve que ser interrompida em algum momento?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NA..... 8</p> <p>IGN..... 9</p> <p><b>SE SIM PARA 4.13:</b></p> <p>Anote o motivo da interrupção:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4.14. Este participante tem prontuário disponível para a pesquisa ?</p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>IGN..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4.15. Entrevistador: _____</p>	<input type="checkbox"/>



IDENT: \_\_\_\_\_

5.9. TRÊS ÚLTIMOS diagnósticos psiquiátricos registrados no prontuário e estabelecidos por profissional médico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.10. Há OUTROS diagnósticos psiquiátricos registrados no prontuário de Internação (ou de acompanhamento no CAPS) que foram estabelecidos por profissional médico?

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

**SE SIM, ESPECIFICAR:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.11. ÚLTIMA medicação psiquiátrica prescrita REGISTRADA NO PRONTUÁRIO (DE INTERNAÇÃO OU DE ACOMPANHAMENTO NO CAPS):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_

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
Clinica 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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## **ANEXOS**

---

## **ANEXO A**

**Aprovação do Projeto PESSOAS na Câmara Departamental**

---



MPS  
140-2000

Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 16 de Dezembro de 2002

Ao  
Prof. Mark Drew C. Guimarães

Prezado Professor

Informo-lhe que Câmara Departamental reunida no dia 16/12/2002 aprovou o Projeto "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional."

Profª Elza Machado de Melo  
Chefe do  
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profª Elza Machado de Melo

Chefe do

Departamento de Medicina Preventiva e Social

## **ANEXO B**

**Aprovação do Projeto PESSOAS no Comitê de Ética**

---



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**PARECER Nº 582/2006**

**Registro CONEP: 12637** (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

**Registro CEP: 125/03**

**Processo nº 25000.002950/2006-01**

**Projeto de Pesquisa:** "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)". Termo de Consentimento (etapa quantitativa e etapa qualitativa)

**Pesquisador Responsável:** Dr. Mark Drew Crosland Guimarães

**Instituição:** Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Área Temática Especial:** (Trata-se de Projeto enviado pelo Ministério da Saúde)

**Patrocinador:** Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, UNESCO-DST - AIDS 914/BRA/3014.

Ao se proceder à análise das respostas ao parecer CONEP nº 245/2006, relativo ao projeto em questão, considerou-se que:

- a) foram atendidas as solicitações do referido parecer apresentação de nova folha de rosto, cronograma atualizado, cópia do parecer ETIC 195/04 do CEP, substituição dos cópias ilegíveis das declarações de participação das instituições selecionadas, relação atualizada dos participantes da equipe e informações quanto à reunião de capacitação e treinamento entre outros;
- b) A versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresentada contempla as adequações solicitadas, inclusive quanto a inclusão de assinatura de representante legal do paciente, além da informação de que os materiais utilizados serão descartáveis.
- c) O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- d) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta - se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação:** Projeto aprovado

Brasília, 22 de maio de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE  
Coordenador da CONEP/CNS/MS

## **ANEXO C**

**Aprovação da aluna no exame de qualificação**

---



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



**Ata do exame de qualificação a que se submeteu a doutoranda ANA PAULA SOUTO MELO nos termos do art. 2º, item VI da Resolução nº 05, de 10/03/83, do Conselho Federal de Educação e das Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG.**

Aos onze dias do mês de março de dois mil e oito, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, compareceu a doutoranda ANA PAULA SOUTO MELO para submeter-se ao exame de qualificação com a tese intitulada: **"CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS ENTRE PACIENTES ADULTOS COM DOENÇA MENTAL CRÔNICA NO BRASIL: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO NACIONAL. (PROJETO PESSOAS)"**, perante a comissão examinadora composta pelos professores: Mark Drew Crosland Guimarães/orientador – UFMG, Francisco de Assis Acúrcio/co-orientador – UFMG, Euclides Ayres de Castilho – USP, Cibele Comini César – UFMG, Mariângela Leal Cherchiglia (membros titulares). A sessão iniciou-se às 09:00h, na sala 730 – 7º andar da Faculdade de Medicina e constou da exposição oral e projeção de slides com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação, o material didático utilizado e o conteúdo do trabalho. Após a arguição a banca examinadora do exame de qualificação considerou a aluna APTA a desenvolver seu trabalho de tese. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 11 de março de 2008.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/orientador

Prof. Francisco de Assis Acúrcio/co-orientador

Prof. Euclides Ayres de Castilho

Profa. Cibele Comini César

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Sandhi Maria Barreto/coordenadora

Prof. Sandhi Maria Barreto  
Coord. PG. em Saúde Pública  
Fac. de Medicina / UFMG