

Eliane Rezende de Moraes Peixoto

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO PARA O HIV EM PACIENTES  
COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA COMPARAÇÃO DE GÊNERO**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
2012

Eliane Rezende de Moraes Peixoto

COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO PARA O HIV EM PACIENTES  
COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA COMPARAÇÃO DE GÊNERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães  
Coorientadora: Carla Jorge Machado

Belo Horizonte – MG  
2012

Peixoto, Eliane Rezende de Moraes.  
P379c Comportamento sexual de risco para o HIV em pacientes com transtornos mentais [manuscrito]: uma comparação de gênero. / Eliane Rezende de Moraes Peixoto. - - Belo Horizonte: 2012.  
88f.  
Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. HIV. 2. Comportamento Sexual. 3. Identidade de Gênero. 4. Estudo Multicêntrico. 5. Pessoas com Deficiência Mental. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Guimarães, Mark Drew Crosland. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WC 503.4

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitor**

Prof.<sup>a</sup> Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenador**

Prof.<sup>a</sup> Ada Ávila Assunção

### **Sub-Coordenador**

Prof.<sup>a</sup> Sandhi Maria Barreto

### **Colegiado**

Prof.<sup>a</sup> Carla Jorge Machado

Prof.<sup>a</sup> Cibele Comini César

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

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

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

Prof.<sup>a</sup> Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

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

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Maryane Oliveira Campos (Representante discente titular)

Tiago Lopes Coelho (Representante discente suplente)



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, Carla Jorge Machado, Lorenza Nogueira Campos, Palmira de Fátima Bonolo, aprovou a defesa da dissertação intitulada “**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO PARA O HIV EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA COMPARAÇÃO DE GÊNERO**” apresentada pela aluna **Eliane Rezende de Moraes Peixoto** para obtenção do título de Mestre 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 29 de novembro de 2012

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Orientador

Profa Carla Jorge Machado

Coorientadora

Profa. Lorenza Nogueira Campos

Profa. Palmira de Fátima Bonolo



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Aécio Baleia, 96 - sala 953  
Belo Horizonte - MG - CEP 31270-900  
Fone: (51) 3409-9241 FAX: (51) 3409-9240



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **Eliane Rezende de Moraes Peixoto** número de registro 2011660623. As quatorze horas do dia **vinte e nove de novembro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "**COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO PARA O HIV EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA COMPARAÇÃO DE GÊNERO**", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra a candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/orientador	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Carla Jorge Machado/coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Lorenza Nogueira Campos	Instit: FHEMIG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Palmira de Fátima Bonolo	Instit: UFOP	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de novembro de 2012.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães [assinatura]

Profa. Carla Jorge Machado [assinatura]

Profa. Lorenza Nogueira Campos [assinatura]

Profa. Palmira de Fátima Bonolo [assinatura]

Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora [assinatura]

ATA de defesa de dissertação de mestrado em Saúde Pública em Epidemiologia

Profa. Ada Ávila Assunção  
Coord. de PG em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por tudo.

Ao Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, pela excelente orientação, aprendizado e grande exemplo de disciplina e comprometimento com o ensino e a pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Carla Jorge Machado, pelo suporte e por enriquecer os trabalhos realizados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG e professores, pela oportunidade da aquisição de conhecimentos transformadores e pelo empenho na formação, não só de pesquisadores, mas também de profissionais mais humanos.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS), pelas discussões enriquecedoras.

Aos meus pais e irmãs, pelo apoio, compreensão e pelos incentivos dados a tudo o que desejei fazer.

À Eline Rezende de Moraes Peixoto, irmã e colega de mestrado, pelas experiências compartilhadas, sempre com alegria e descontração.

À Fabiana Cristina Ribeiro de Barros, grande amiga, pela compreensão, amizade, empolgação, pelos momentos de conversa, de consolo, de crescimento e pela presença animadora nesses anos de graduação e pós-graduação.

Ao Emídio José Araújo Mattos, querido companheiro, pela presença confortadora e pela alegria de todos os momentos juntos.

Enfim, aos amigos por fazerem parte dessa nova conquista em minha vida.

*“Lutar pela igualdade  
sempre que as diferenças nos discriminem,  
lutar pelas diferenças  
sempre que a igualdade nos descaracterize.”*

***Boaventura de Souza Santos***

## RESUMO

Pacientes com transtornos mentais (PTM) são mais vulneráveis à infecção pelo HIV proporcionalmente a outros subgrupos populacionais, sendo que a prevalência e os fatores associados com o sexo desprotegido diferem entre homens e mulheres. O objetivo desta dissertação foi avaliar a prevalência de sexo desprotegido nos últimos seis meses e seus fatores associados entre PTM sexualmente ativos estratificando por gênero. Uma amostra de PTM adultos ( $\geq 18$  anos) foi aleatoriamente selecionada de 26 serviços de saúde mental proporcionalmente ao tipo de cuidado (hospital ou CAPS) e ao número de casos de AIDS notificados por região brasileira em 2006. Os dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais foram obtidos por meio de entrevista face-a-face e os diagnósticos psiquiátricos de prontuários médicos. Para esta análise incluiu-se PTM sexualmente ativos nos últimos seis meses. Sexo desprotegido foi definido como não usar sempre preservativos em todas as práticas sexuais nos últimos seis meses. O *Odds Ratio* foi estimado por regressão logística para avaliar a associação independente ( $p < 0,05$ ) de variáveis explicativas com o sexo desprotegido. Entre os 2475 PTM entrevistados, 1475 (60%) foram sexualmente ativos - 791 (54%) foram mulheres e 684 (46%) homens. A prevalência do sexo desprotegido nos últimos seis meses foi 89% entre mulheres e 77% entre homens. Mulheres relataram em maior proporção estarem casada ou em união (57%), estarem vivendo com filhos e/ou parceiro (74%), terem sofrido violência verbal ou sexual (76% e 29%, respectivamente), terem feito teste prévio para o HIV (35%), e terem tido maior proporção de diagnóstico de depressão ou ansiedade (30%). Homens eram mais jovens ( $\leq 40$  anos) (55%), com renda familiar no último mês maior que o salário mínimo (R\$350) (52%), com maior proporção de sexo sob a influência de álcool ou drogas (47%), de terem fumado alguma vez na vida (83%), e terem tido diagnósticos graves (psicoses, transtorno bipolar ou depressão com sintomas psicóticos) (55%). Os fatores associados com sexo desprotegido também diferiram por gênero. Para os homens: baixa renda familiar no último mês ( $< R\$350$ ) e diagnóstico de depressão e ansiedade. Para as mulheres: idade maior que 40 anos, nenhum teste prévio de HIV, sexo sob a influência de álcool ou drogas e história de violência verbal. Estar casado ou “em união”, estar vivendo com filhos e/ou parceiro, e tabagismo na vida foram associados com sexo desprotegido recente em ambos os sexos. A prevalência de comportamento sexual desprotegido foi alta, sendo maior entre as mulheres. O comportamento sexual recente e o perfil de risco foram diferentes para cada gênero, incluindo o diagnóstico psiquiátrico. Intervenções para reduzir o comportamento sexual de risco em pacientes psiquiátricos no Brasil são urgentes e devem levar em consideração as diferenças entre os gêneros.

**Palavras-chave:** HIV, comportamento sexual, pessoas com deficiência mental, gênero, estudo multicêntrico

## ABSTRACT

Patients with mental illness (PMI) are disproportionately vulnerable to HIV infection and there is evidence that the prevalence and factors associated with unprotected sex differ among men and women. The objective of this dissertation was to assess the prevalence and factors associated with recent unprotected sex among sexually active PMI stratified by gender in Brazil. A sample of adult ( $\geq 18$  year old) PMI was randomly selected from 26 mental health institutions proportional to type of care (hospital or outpatient) and number of reported AIDS cases by Brazilian regions in 2006. Sociodemographic, clinical and behavioral data were obtained from face-to-face interviews and psychiatric diagnoses from medical charts. For this analysis only sexually active PMI in the past six months were included. Unprotected sex was defined as not always using condoms in all practices in the past six months. Odds Ratios with 95% confidence limits were estimated by logistic regression to assess the independent association ( $p < 0.05$ ) between explanatory variables and unprotected sex. Among 2475 PMI, 1475 (60%) were sexually active - 791 (54%) were women and 684 (46%) were men. The prevalence of unprotected sex in the last six months was 89% among women and 77% among men. Women were more likely to be married or in union (57%), to be living with children and/or partner (74%), to have ever suffered verbal and sexual violence (76% and 29%, respectively), to have been previously tested for HIV (35%), and to have more depression or anxiety diagnoses (30%). Men were younger (40 years or less) (55%), with family income greater than the Brazilian minimum wage (R\$350) in the last month (52%), reported more sex under the influence of alcohol or drugs (47%), lifetime cigarette smoking (83%), and had more severe psychiatric diagnoses (any psychoses, bipolar disorder or depression with psychotic symptoms) (55%). Factors associated with recent unprotected sex among men only were: lower family income in the last month ( $< R\$350$ ) and depression or anxiety diagnoses, while older age ( $> 40$  years old), no previous HIV testing, sex under the influence of drugs or alcohol and history of verbal violence were associated with unprotected sex among women only. Being married or in union, to be living with children and/or partner, and having ever smoked cigarettes were associated with unprotected sex among both, men and women. The prevalence of recent unprotected sex was high, especially among women. Recent sexual behavior and risk profile differed by gender, including psychiatric diagnoses. Interventions to reduce risk behavior among psychiatric in Brazil are urgent and should take into account gender differences.

**Keywords:** HIV, sexual behavior, mental disorders, gender, multicenter study

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Prevalências de sexo desprotegido de acordo com o tempo de relato em diferentes populações.	26
<b>QUADRO 2</b>	Prevalências de sexo desprotegido de acordo com o tempo de relato em populações com transtornos mentais.	28
<b>QUADRO 3</b>	Fatores associados ao sexo desprotegido em populações psiquiátricas de acordo com os tempos de relato.	35
<b>QUADRO 4</b>	Variáveis estudadas e suas categorias de análise.	43

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Características descritivas, estratificadas por sexo, dos pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil (n=1475), Projeto PESSOAS, 2006.	50
<b>TABELA 2</b>	Análise univariada do sexo desprotegido recente, estratificada por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006.	54
<b>TABELA 3</b>	Análise logística multivariada do sexo desprotegido recente, estratificada por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006.	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FM	Faculdade de Medicina
GPEAS	Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
PESSOAS	Pesquisa de Soroprevalência de Aids em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira
PTMC	Pessoas com Transtornos Mentais Crônicos
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	15
1 INTRODUÇÃO .....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	21
2.1 HIV/AIDS .....	22
2.2 TRANSMISSÃO DO HIV .....	23
2.3 COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO .....	25
2.4 POPULAÇÃO COM TRANSTORNOS MENTAIS CRÔNICOS .....	31
2.4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL .....	33
2.5 FATORES ASSOCIADOS AO SEXO DESPROTEGIDO EM PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS CRÔNICOS .....	34
3 OBJETIVOS .....	39
3.1 OBJETIVO GERAL .....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	40
4 MÉTODOS .....	41
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	42
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	42
4.3 EVENTO E VARIÁVEIS EXPLICATIVAS .....	42
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	45
4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS .....	46
5 RESULTADOS .....	47
5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO .....	48
5.2 ANÁLISES UNIVARIADA E MULTIVARIADA .....	53
6 DISCUSSÃO .....	59
7 CONCLUSÃO .....	66
8 RECOMENDAÇÕES .....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXOS .....	81
ANEXO A – Aprovação do Projeto PESSOAS no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG .....	82

<b>ANEXO B – Aprovação do Projeto PESSOAS na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO C – Aprovação do Projeto PESSOAS pela Câmara Departamental da Faculdade de Medicina da UFMG .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO D – Ata do exame de qualificação.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO E – Comprovante de submissão do artigo .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO F – Artigo submetido.....</b>	<b>87</b>

## **APRESENTAÇÃO**

---

Esta dissertação 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 “*Pesquisa em Soroprevalência de HIV na Saúde Mental - Projeto PESSOAS*”. O Projeto PESSOAS constitui um estudo multicêntrico nacional, com amostra de 2475 pacientes adultos com transtorno mental no Brasil. Foi desenvolvido e executado pelo Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (GPEAS/FM/UFMG), com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais através do Projeto de Cooperação Técnica 914/BRA/1101 entre o governo Brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO.

Esta dissertação preenche requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública pelo PPGSP/UFMG, área de concentração em Epidemiologia, a ser defendida em sessão pública no dia 29 de novembro de 2012. Nesta dissertação procura-se explorar o tema comportamento sexual de risco recente e avaliar sua prevalência e fatores associados entre pacientes psiquiátricos. Apresenta-se no formato tradicional, de acordo com o regulamento do PPGSP/UFMG, e inclui, em anexo, um artigo científico submetido para a revista *Aids and Behavior*.

Este volume está composto por:

1. *Introdução*: nesta seção procura-se apresentar a justificativa da dissertação no seu conjunto, a fundamentação teórica do estudo, contemplando os temas estudados, com enfoque no comportamento sexual de risco;
2. *Revisão de literatura*: fundamentação teórica da dissertação;
3. *Objetivos*: respondidos no capítulo de revisão e no artigo original;
4. *Métodos*: inclui a descrição dos dados, bem como a metodologia utilizada para desenvolver este estudo é apresentada nesta seção;

5. *Resultados*: nesta seção apresentam-se os resultados descritivos, da análise univariada e multivariada;
6. *Discussão/conclusão*: compreendem os aspectos críticos e relevantes da dissertação no seu conjunto, recomendações e aplicações para os serviços de saúde e relacionam os principais resultados do artigo;
7. *Anexos*: inclui Aprovação do Projeto PESSOAS no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP, Aprovação do Projeto PESSOAS na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, Aprovação do Projeto PESSOAS pela Câmara Departamental da Faculdade de Medicina da UFMG, Ata do Exame de Qualificação, Comprovante de submissão do artigo e Artigo Submetido.

## **1 INTRODUÇÃO**

---

O advento da epidemia do HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) não apenas causou impacto social, econômico e político no mundo, mas também colocou em evidência desigualdades em relação à garantia de direitos humanos. Essas desigualdades fizeram que indivíduos com seus direitos básicos violados fossem desproporcionalmente afetados por essa epidemia (PAIVA *et al.*, 2012). Nesse contexto de violação de direitos, indivíduos e populações podem ser expostos a diferentes situações de risco para o HIV, tornando-os mais vulneráveis. Uma população vulnerável ao HIV e amplamente estudada são os indivíduos com transtornos mentais graves. É bem documentado que essa população se encontra em um maior risco para o HIV e apresenta altas proporções de comportamentos que os expõem a um maior risco de transmissão desse vírus (MEADE & SIKKEMA, 2005).

Além disso, as desigualdades relacionadas ao gênero resultam também em maior vulnerabilidade ao HIV. Homens e mulheres são relacionados a grupos de valores e crenças, os quais são construídos socialmente, e que constituem os papéis de gênero, que identificam a masculinidade e a feminilidade do indivíduo. Esses papéis de gênero influenciam nos comportamentos adotados por homens e mulheres, principalmente os comportamentos sexuais, e são baseados na desigualdade de poder (O'SULLIVAN *et al.*, 2006). No entanto, é amplamente aceito que as desigualdades de gênero colocam as mulheres em desvantagem em termos de negociação de sexo seguro, ou de recusa de sexo indesejado, aumentando assim a sua vulnerabilidade ao HIV (HARISSON *et al.*, 2006).

Com tudo isso, o conhecimento dos fatores individuais e sociais que colocam os indivíduos com transtornos mentais crônicos em maior vulnerabilidade ao HIV, levando em consideração as diferenças entre gêneros, pode auxiliar na identificação daqueles em maior risco e também direcionar programas de prevenção que minimizem essa situação de vulnerabilidade. Entretanto, poucos estudos têm focado em comparações de diferenças nos determinantes de comportamento de risco entre homens e mulheres com transtornos mentais crônicos separadamente.

Além disso, as estimativas e fatores associados ao do sexo desprotegido entre pacientes com transtornos mentais são largamente baseados em estudos conduzidos com variadas metodologias, incluindo pequenas populações, frequentemente restritas aos pacientes mais graves, com diferentes períodos de relato (desde “última relação sexual” até “toda a vida”) ou

denominadores (e.g. inclusão de abstinente ou sexualmente ativos apenas), e diferentes definições de sexo seguro (e.g. uso de preservativos por contato sexual, por prática sexual, em todas as práticas, último intercuro sexual apenas). No entanto, há evidências de que pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos, além daqueles mais graves, também apresentam aumentadas proporções de comportamento sexual de risco, reforçando assim a necessidade de se avaliar um espectro mais amplo de diagnósticos psiquiátricos. Além disso, analisar o comportamento ao longo da vida pode refletir o risco acumulado de exposição ao HIV, mas também relatos de tempos mais longos são mais afetados pela memória do paciente podendo ter menor confiabilidade. Relatos mais recentes podem ser mais úteis em estudos de vigilância de comportamentos, contribuindo para a construção, direcionamento e avaliação de programas de prevenção e estratégias que visem mudanças de comportamentos de risco. Também, a inclusão daqueles abstinente (não sexualmente ativos) no denominador pode subestimar a prevalência de sexo desprotegido, pois esses não estão expostos ao risco de adquirir HIV pela via sexual. Finalmente, considerar o uso de preservativos em todas as práticas sexuais (anal, vaginal e oral) pode resultar em superestimativa da prevalência de sexo desprotegido, mas também pode melhor refletir a motivação dos participantes em se proteger.

O Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental) é um estudo multicêntrico realizado no Brasil com amostra representativa de pacientes com transtornos mentais. Em recente análise desse projeto Guimarães *et al.* (2010) avaliaram o comportamento sexual de risco ao longo da vida, tendo sido a variável sexo analisada de forma conjunta como variável independente. O evento foi definido como o não uso de preservativos em todas as relações sexuais e aqueles não sexualmente ativos foram incluídos na definição de sexo seguro. O sexo feminino foi fortemente e independentemente associado ao sexo desprotegido. Apesar da consistência destes resultados, faz-se necessário uma melhor compreensão dos fatores associados com o sexo desprotegido nesta população, analisando esse evento em um tempo de relato mais recente e separadamente entre homens e mulheres.

Desta forma, pretende-se nessa dissertação avaliar o comportamento sexual de risco nos últimos seis meses entre pacientes com transtornos mentais crônicos sexualmente ativos, participantes do Projeto PESSOAS, estratificando-se por sexo. Com os resultados obtidos pretende-se contribuir para o conhecimento do comportamento sexual de risco de homens e mulheres com transtornos mentais crônicos e para o fortalecimento das estratégias de prevenção.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

---

## 2.1 HIV/AIDS

A AIDS se tornou uma das doenças infecciosas mais devastadoras que surgiram na história recente (SHARP & HAHN, 2011). Essa síndrome é causada pelo HIV e se caracteriza pela destruição de células linfócitos T CD4<sup>+</sup> do sistema imune do hospedeiro, e a subsequente perda da competência imunológica, tornando o organismo mais susceptível a doenças oportunistas (STEVENSON, 2003). Há duas hipóteses para esse efeito do vírus: a primeira é que a infecção da célula pelo HIV causa a morte celular diretamente; e a outra é que indiretamente a infecção pelo HIV causa defeito nas funções celulares, possivelmente em decorrência de uma forte reação do sistema imune do hospedeiro à infecção, o que afeta células infectadas e não infectadas (STEVENSON, 2003). Os receptores CD4 e os co-receptores CCR5 e CXCR4 são os responsáveis pela entrada do vírus nessas células (STEVENSON, 2003). No entanto, além do linfócito T CD4<sup>+</sup>, esses receptores também estão presentes em macrófagos e células dendríticas, o que explica o fato do HIV existir em vários estágios de replicação e compartimentos teciduais, que permite que o vírus HIV persista no organismo mesmo com a resposta imune do hospedeiro e regimes altamente supressores de antirretrovirais (STEVENSON, 2003). Além da doença física relacionada ao HIV, altamente debilitante e que não tem cura, há também o preconceito, discriminação e estigma àqueles que vivem com o HIV/AIDS, justificando o impacto social dessa epidemia.

Desde o reconhecimento da AIDS como uma nova doença em 1981, foram aproximadamente 60 milhões de infecções pelo HIV, com um número estimado de 25 milhões de mortes devido a AIDS (DIEFFENBACH & FAUCI, 2011). Segundo dados recentes, são mais de 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo (DIEFFENBACH & FAUCI, 2011).

No Brasil, nos últimos trinta anos de epidemia, foram aproximadamente 608 mil casos notificados de AIDS, resultando em aproximadamente 241 mil óbitos tendo como causa básica a AIDS. Em 2010 foram em torno de 34 mil novos casos de AIDS, com uma taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes, variando entre as regiões, com tendências de queda no sudeste e de alta nas demais regiões. Com relação à idade e ao sexo, a taxa de incidência na faixa etária 13 a 19 anos é de 2,9 e 2,5/100.000 em mulheres e homens, respectivamente, sendo que na faixa etária de 35 a 39 anos, essa taxa é de 49,4 em homens e 27,4 em mulheres (BRASIL, 2012).

A taxa de prevalência no Brasil foi estimada em 0,6% na população de 15 a 49 anos, no ano de 2006, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (SZWARCOWALD *et al.*, 2008). Essa taxa é maior em grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, como os usuários de drogas ilícitas (5,9%), homens que fazem sexo com homens (HSH) (10,5%) e mulheres profissionais do sexo (4,9%) (BRASIL, 2012).

A infecção pelo HIV/AIDS envolve múltiplos fatores em diferentes dimensões, como aqueles biológicos (e.g. local de exposição ao vírus, presença de doença sexualmente transmissível [DST]), individuais (e.g. sexo, idade, renda, escolaridade), comportamentais (e.g. uso de substâncias, relações sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros), sociais (e.g. acesso a educação, saúde, aspectos culturais), que podem contribuir para o aumento da susceptibilidade do indivíduo, e também podem colocá-lo em situações de maior vulnerabilidade ao HIV, aumentando as chances de exposição ao vírus.

Nessa dissertação, procurou-se entender melhor fatores relacionados ao comportamento do indivíduo, mais especificamente ao sexo desprotegido, que é um comportamento que aumenta a chance de exposição e transmissão do HIV. Para isso, buscou-se entender aspectos relacionados à transmissão do HIV e aos comportamentos sexuais de risco que aumentam as chances desse evento.

## **2.2 TRANSMISSÃO DO HIV**

A transmissão do HIV pode ocorrer por via sexual, percutânea, intravenosa ou perinatal e a probabilidade de transmissão do HIV depende da porta de entrada do vírus. Quando a corrente sanguínea é a porta de entrada, a probabilidade de transmissão é de 95 em 100 a 1 em 150 eventos de exposição (HLADIK & MCEL RATH, 2008). Esse tipo de transmissão ocorre principalmente por meio do compartilhamento de agulhas infectadas por usuários de drogas injetáveis, e também pode ocorrer em procedimentos de transfusão de sangue. Quando a porta de entrada do vírus é pela placenta, através do sangue materno na transmissão materno-infantil, a probabilidade varia de 01 em 10 a 01 em 20 eventos (HLADIK & MCEL RATH, 2008). A probabilidade de transmissão quando o HIV entra em contato com a mucosa retal, via sexo anal receptivo, é de 01 em 20 a 01 em 300 eventos; ou com o trato genital feminino é de 1 em 200 a 1 em 2000; ou com o trato genital masculino é de 01 em 700 a 01 em 3000

(HLADIK & MCEL RATH, 2008). O contato de sêmen com células infectadas ou HIV livre com o trato gastrointestinal é 01 em 2500 eventos (HLADIK & MCEL RATH, 2008).

A probabilidade de transmissão sexual depende de vários fatores, como a carga viral, a via sexual – se vaginal, anal receptivo, anal insertivo, ou oral –, o uso ou não da terapia antirretroviral e o uso ou não do preservativo. Na revisão sistemática de Attia *et al.* (2009), foi encontrada uma variação na probabilidade estimada de transmissão heterossexual por ato coital de 1 por 10.000 quando a carga viral foi abaixo de 1.700 cópias/mL a 23 por 10.000 quando a carga viral foi maior que 38.500 cópias/mL. Nessa mesma revisão foi encontrada taxa de transmissão de 0,16 por 100 pessoas-ano quando a carga viral foi menor que 400 cópias/mL, aumentando para 9,03 por 100 pessoas-ano quando a carga viral era maior que 50.000 cópias/mL (ATTIA *et al.*, 2009). Com o uso da terapia antirretroviral, independente da carga viral, a taxa de transmissão foi de 0,46 por 100 pessoas-ano (ATTIA *et al.*, 2009). No estudo de Hallett *et al.* (2011), também com o uso de terapia antirretroviral, o risco de transmissão homossexual em quatro meses de acompanhamento foi de 22% (IC95%:9%-37%) em parceiros de pessoas vivendo com HIV, quando não havia uso de preservativos; 17% (IC95%:7%-29%) quando o preservativo era usado em 30% dos intercursos sexuais; 3% (IC95%:0,2%-29%) para aqueles que sempre usavam preservativos, a menos que a carga viral estivesse indetectável; e 1% (IC95%:0%-7%) para aqueles que sempre usaram preservativos independente da carga viral. Além desses fatores que alteram probabilidade de transmissão, há também a existência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), ulcerativas ou não, que aumentam a probabilidade de transmissão sexual do HIV (LAWN *et al.*, 2001). Esse aumento é devido a aberturas no epitélio genital, que é uma efetiva barreira para o HIV, e ao aumento da inflamação no trato genital devido à DST (LAWN *et al.*, 2001).

Apesar da maior probabilidade de transmissão ser devido à via intravenosa e ao intercuro anal receptivo em relação ao intercuro vaginal, é estimado que 30 a 40% de todos os novos casos de infecção no mundo ocorram em mulheres por meio do intercuro vaginal (HLADIK & MCEL RATH, 2008). E dos novos casos de homens infectados, é estimado que 70 a 75% adquiriram o HIV por meio do intercuro vaginal (HLADIK & MCEL RATH, 2008). No Brasil em 2010, a maior proporção de casos de AIDS entre homens jovens foi devido à exposição homossexual, com 36% dos casos, seguida da exposição heterossexual, com 29% dos casos (BRASIL, 2012). Entre as mulheres jovens, 83% dos casos de AIDS são devido à exposição heterossexual (BRASIL, 2012).

A transmissão sexual representa a principal via de transmissão do HIV entre homens e mulheres. No entanto, estratégias de prevenção combinadas categorizadas como biomédicas e comportamentais são consideradas eficazes na redução do número de transmissões do vírus. Dentre as estratégias biomédicas está o tratamento com terapia antirretroviral para o caso índice de casais sorodiscordantes, que confere substancial proteção aos parceiros de pessoas vivendo com HIV, como visto nos estudos analisados anteriormente. As estratégias comportamentais incluem a promoção do uso do preservativo e a educação para redução do número de parceiros sexuais, especialmente múltiplos parceiros concorrentes (PADIAN *et al.*, 2012). Uma estratégia comportamental difundida pela UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS) é a educação para a prevenção ‘ABC’ (A: abstinence/B: be faithful/C: Condom use), que significa “ser abstinente ou atrasar a iniciação sexual”; caso não seja possível, “ser fiel ao parceiro ou reduzir o número de parceiros sexuais”; e se não for possível, “usar corretamente e consistentemente o preservativo” (UNAIDS, 2004). O preservativo é um componente chave em estratégias de prevenção por ser custo-efetivo e a promoção do seu uso deve ser prioridade (UNAIDS, 2009). E para promover o uso do preservativo e fortalecer as estratégias de prevenção, é necessário conhecer os fatores associados ao sexo desprotegido nas populações.

### **2.3 COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO**

Comportamentos sexuais como, por exemplo, ter múltiplos parceiros sexuais e parceiros sexuais de alto-risco, trocar sexo por drogas ou dinheiro, e praticar sexo anal, vaginal e/ou oral desprotegidos aumentam as chances de transmissão do HIV e, por isso, são considerados comportamentos sexuais de risco (CAREY *et al.*, 1997a).

No quadro 1 estão apresentadas prevalências de sexo desprotegido em diferentes populações e pode-se observar diferentes tempos de relato (desde “toda a vida” até “último intercurso sexual”) ou denominadores (e.g. inclusão de abstinentes, sexualmente ativos apenas), e diferentes definições de sexo seguro (e.g. uso de preservativos em todas as relações sexuais, ou apenas vaginal e/ou anal).

**Quadro 1** – Prevalências de sexo desprotegido de acordo com o tempo de relato em diferentes populações.

<b>Autores</b>	<b>Local/ Ano de estudo</b>	<b>População</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Evento</b>	<b>Tempo de relato</b>	<b>Prevalência de sexo desprotegido</b>
Aquino <i>et al.</i> (2008)	Fortaleza-CE/ 2005	Trabalhadoras do sexo ativas	81	Frequência de sexo comercial oral, vaginal e anal desprotegidos	Na vida	12% em sexo oral
						5% em sexo vaginal
						17% em sexo anal
Anastario <i>et al.</i> (2010)	República Dominicana/ 2008-2009	Militares	496	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre aqueles que relataram mais que um parceiro sexual	Último ano	85%
Finlayson <i>et al.</i> (2011)	EUA/ 2008	HSH	8.175	Frequência de sexo anal desprotegido entre os sexualmente ativos no último ano	Último ano	54%
Guimarães <i>et al.</i> (2008a)	Brasil/ 2003	Homens vivendo com HIV	545	Frequência de sexo anal ou vaginal desprotegidos incluindo os abstinentes	Último ano	25%
Brasil (2011)	Brasil/ 2008	População brasileira de 15 a 24 anos	6058	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos no último ano	Último ano	72% entre homens
						78% entre mulheres
Arasteh <i>et al.</i> (2008)	EUA/ 1990-2004	Usuários de drogas injetáveis	6341	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos nos últimos seis meses	Últimos seis meses	74% com parceiro regular
						49% com parceiro casual
						46% com parceiro comercial (apenas mulheres)
Olivi <i>et al.</i> (2008)	Cuiabá – MT/ 2005	Servidores público de 50 anos ou mais de idade	165	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos incluindo os abstinentes	Últimos seis meses	65%
Eaton <i>et al.</i> (2012)	EUA/ 2010-2011	Jovens em idade escolar	15.425	Frequência do mais recente sexo desprotegido em sexualmente ativos nos últimos três meses	Último intercurso sexual	33% entre homens
						46% entre mulheres
Tucker <i>et al.</i> (2012)	EUA/ 2008-2009	Moradores de rua de 13 a 24 anos	309	Frequência do mais recente sexo anal ou vaginal desprotegidos em sexualmente ativos nos últimos três meses	Último intercurso sexual	60%

Em estudo com trabalhadoras do sexo em Fortaleza (CE), Aquino *et al.* (2008) avaliou o comportamento sexual de risco ao longo da vida, e encontrou prevalência de sexo desprotegido variando de 12% no sexo oral, 5% no sexo vaginal e 17% no sexo anal, sendo que mais da metade das mulheres relataram de um a oito clientes por semana. Em estudo com militares da República Dominicana, 85% relataram sexo desprotegido no último ano sendo que 37% relataram ter mais que um parceiro sexual nesse mesmo período, e 19% relataram ter tido relação sexual com trabalhadores do sexo, com prevalência de sexo desprotegido de 14% (ANASTARIO *et al.*, 2010). Em Finlayson *et al.* (2011), estudo realizado nos Estados Unidos, dos HSH entrevistados, 54% relataram sexo anal desprotegido no último ano com seu parceiro masculino e 76% relataram múltiplos parceiros sexuais nesse mesmo período. Em Guimarães *et al.* (2008a), homens vivendo com HIV no Brasil relataram 25% de sexo desprotegido no último ano. Na população geral brasileira, 72% dos homens e 78% das mulheres relataram sexo desprotegido no último ano, sendo que 13% dos homens e 4% das mulheres relataram mais de cinco parceiros casuais nesse mesmo período (BRASIL, 2011a). Em um estudo com usuários de drogas injetáveis, a prevalência de sexo desprotegido nos últimos seis meses foi de 74% com o parceiro regular e 49% com o parceiro casual, sendo que 28% dos entrevistados relataram múltiplos parceiros nesse mesmo período (ARASTEH *et al.*, 2008). Entre as mulheres desse estudo foi encontrada uma prevalência de 46% de sexo desprotegido em sexo comercial (ARASTEH *et al.*, 2008). Em Olivi *et al.* (2008), a prevalência entre servidores públicos com mais de 50 anos de idade foi de 65% nos últimos seis meses, enquanto que Eaton *et al.* (2012) encontrou prevalência de 33% de sexo desprotegido na última relação sexual entre homens jovens e 46% entre mulheres jovens. Finalmente, em estudo que avaliou moradores de rua jovens nos EUA, a prevalência de sexo desprotegido encontrada foi de 60% no último intercurso sexual (TUCKER *et al.*, 2012).

De acordo com a população, o local e a metodologia utilizada no estudo pode-se perceber grande variação na prevalência do sexo desprotegido e de outros comportamentos sexuais de risco. Em geral, todas as populações citadas se envolvem em significativas proporções de comportamentos sexuais de risco, estando expostos à transmissão do HIV e de outras DST. Além dessas populações, há fortes evidências de que pessoas com transtornos mentais se envolvem em altas taxas de comportamentos sexuais de risco e por isso estão em uma posição de maior vulnerabilidade quando comparado a outras populações.

Em Meade & Sikkema (2005), uma revisão sistemática sobre comportamentos de risco em pessoas com transtornos mentais, foram encontradas proporções de atividade sexual nessa população que variaram de 42 a 74% no último ano. Em média, 42% das pessoas relatavam dois ou mais parceiros sexuais e 8% relataram troca de sexo por drogas ou dinheiro nesse mesmo período (MEADE & SIKKEMA, 2005). O uso inconsistente de preservativos variou de 64 a 92% no último ano, evidenciando altas prevalências desse comportamento de risco nessa população (MEADE & SIKKEMA, 2005).

No quadro 2 estão apresentadas as prevalências de sexo desprotegido na população com transtornos mentais, de acordo com o tempo de relato e a definição do evento adotados pelo estudo.

**Quadro 2** – Prevalências de sexo desprotegido de acordo com o tempo de relato em populações com transtornos mentais.

<b>Autores</b>	<b>Local/ Ano de estudo</b>	<b>População</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Evento</b>	<b>Tempo de relato</b>	<b>Prevalência de sexo desprotegido</b>
Guimarães <i>et al.</i> (2010)	Brasil/ 2006	Pacientes psiquiátricos	2475	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos incluindo os abstinentes	Na vida	80%
Carey <i>et al.</i> (1997b)	EUA/*	Pacientes psiquiátricos	60	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos incluindo os abstinentes	Último ano	43%
Meade & Sikkema (2007)	EUA/ 2003-2004	Pacientes com transtornos mentais graves	152	Frequência de sexo anal e vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos no último ano	Último ano	65% entre homens 82% entre mulheres
Heaphy <i>et al.</i> (2010)	EUA/ 2002-2005	Mulheres porto-riquenhas com transtornos mentais graves	53	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos nos últimos seis meses	Últimos seis meses	53%
Kalichman <i>et al.</i> (2005)	EUA/*	Pacientes com transtornos mentais graves	320	Frequência de sexo vaginal desprotegido entre os sexualmente ativos nos últimos seis meses	Últimos seis meses	56%

/ continua.

**Quadro 2** – Prevalências de sexo desprotegido de acordo com o tempo de relato em populações com transtornos mentais (conclusão).

<b>Autores</b>	<b>Local/ Ano de estudo</b>	<b>População</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Evento</b>	<b>Tempo de relato</b>	<b>Prevalência de sexo desprotegido</b>
Meade <i>et al.</i> (2008)	EUA/*	Paciente com Transtorno bipolar e transtorno de uso de substância	101	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos nos últimos seis meses	Últimos seis meses	69%
Carey <i>et al.</i> (2004)	EUA/ 1997-2000	Pacientes com transtornos mentais graves	430	Frequência de sexo vaginal desprotegido entre os sexualmente ativos nos últimos três meses	Últimos três meses	57%
Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)	EUA/ 1994-1995	Pacientes com transtornos mentais graves	134	Número de ocasiões de sexo vaginal desprotegido nos últimos três meses	Últimos três meses	69% entre homens 82% entre mulheres
Randolph <i>et al.</i> (2007)	EUA/ 2003-2004	Mulheres com transtornos mentais graves	86	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos nos últimos seis meses	Últimos três meses	99%
Wainberg <i>et al.</i> (2008)	Rio de Janeiro/ 2004-2005	Pacientes com transtornos mentais graves	98	Frequência de sexo anal ou vaginal entre os sexualmente ativos nos últimos três meses	Últimos três meses	78%
Weinhardt <i>et al.</i> (2001)	EUA/*	Pacientes com transtornos mentais graves e persistentes	159	Frequência de sexo anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos nos últimos três meses	Últimos três meses	81%
Dévieux <i>et al.</i> (2007)	EUA/*	Pacientes com transtornos mentais graves	346	Frequência de sexo anal ou vaginal desprotegidos	Último mês	43% entre homens 56% entre mulheres
Black <i>et al.</i> (2009)	EUA/*	Pacientes psiquiátricos	51	Frequência de sexo oral, anal ou vaginal desprotegidos entre os sexualmente ativos no último mês	Último mês	44% entre parceiros casuais 64% entre parceiros regulares

\* Não foi mencionado na publicação o ano de realização do estudo.

Em estudo multicêntrico realizado com pacientes psiquiátricos no Brasil, Guimarães *et al.* (2010) encontraram uma prevalência de sexo oral, anal e vaginal desprotegidos ao longo da vida de 80%, sendo que aqueles que relataram não terem tido relações sexuais nesse mesmo período, os abstinentes, também foram incluídos na análise. Estudos que avaliaram o sexo desprotegido no último ano encontraram prevalência de 43% incluindo os abstinentes e todas as práticas sexuais (oral, anal e vaginal), e de 72% e 78% entre homens e mulheres sexualmente ativos, respectivamente, apenas em práticas anais e vaginais (CAREY *et al.*, 1997b; MEADE & SIKKEMA, 2007).

Estudos que avaliaram o comportamento sexual nos últimos seis meses encontraram prevalências de sexo oral, anal e vaginal desprotegidos de 53% entre mulheres com transtornos mentais graves e 69% entre pacientes com transtorno bipolar e transtorno de uso de substância, sendo incluídos na análise apenas os sexualmente ativos (HEAPHY *et al.* 2010; MEADE *et al.*, 2008). Nesse mesmo período de relato, Kalichman *et al.* (2005) encontrou prevalência de sexo vaginal desprotegido de 56% entre os sexualmente ativos.

No tempo de relato de três meses, Carey *et al.* (2004) encontrou prevalência de sexo vaginal desprotegido de 57% e Weinhardt *et al.* (2001) encontrou prevalência de sexo anal e vaginal desprotegido de 81%. Um estudo feito apenas em mulheres com transtornos mentais graves encontrou que apenas uma das mulheres da amostra usou preservativo em todas as relações orais, anais e vaginais dos últimos três meses, resultando numa prevalência de 99% de sexo desprotegido nessa população (RANDOLPH *et al.*, 2007). A prevalência de sexo desprotegido em estudo conduzido por Otto-Salaj *et al.* (1998) foi calculada levando em consideração o número de ocasiões de sexo vaginal desprotegido dos últimos três meses sobre o número total de ocasiões de sexo vaginal relatadas, resultando, assim, prevalência de 69% em homens e de 82% em mulheres. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, Wainberg *et al.* (2008) encontraram uma prevalência de sexo anal e vaginal desprotegidos nos últimos três meses de 78%, entre os sexualmente ativos.

Dévieux *et al.* (2007) e Black *et al.* (2009) avaliaram os comportamentos sexuais em pacientes psiquiátricos no último mês e encontraram prevalências de sexo desprotegido de 43% em homens e 56% em mulheres e de 44% entre parceiros casuais e 64% entre parceiros regulares, respectivamente.

Em geral, são apontadas altas prevalências de sexo desprotegido na população com transtornos mentais, e, além das diferenças nos tempos de relato e nas definições do evento entre os estudos, há uma tendência de estudos com amostras pequenas e restritas aos pacientes mais graves. Além disso, as mulheres com transtornos mentais apresentaram maiores proporções de sexo desprotegido quando comparadas aos homens. Entretanto, foram encontrados poucos estudos que avaliaram esse comportamento separadamente entre homens e mulheres.

O diagnóstico psiquiátrico é um definidor das características das pessoas com transtornos mentais, e por isso pode ser um importante preditor para o comportamento sexual de risco. Os sintomas psiquiátricos podem alterar a libido e as habilidades cognitivas desses pacientes deixando-os mais vulneráveis ao comportamento sexual de risco (MEADE & SIKKEMA, 2005; MEADE & SIKKEMA, 2007).

Além disso, já é conhecido sobre a influência do gênero no comportamento sexual e a maior vulnerabilidade das mulheres aos HIV, e por isso elas já se tornaram alvo de políticas públicas no mundo. Meninas e mulheres têm as informações sobre o preservativo e o acesso a esse repetidamente negado. Frequentemente, elas não têm o poder de negociar o uso do preservativo e, em muitos contextos, os homens são resistentes ao seu uso (UNAIDS, 2009).

Enfim, são vários os fatores que podem estar relacionados à maior vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais à infecção pelo HIV, também à maior vulnerabilidade da mulher em relação aos homens. Por isso, é necessário o estudo dos fatores associados ao sexo desprotegido para o conhecimento das características que potencialmente levam os indivíduos a adotarem esse comportamento de risco.

## **2.4 POPULAÇÃO COM TRANSTORNOS MENTAIS CRÔNICOS**

Em 2001, aproximadamente 450 milhões de pessoas sofriam com transtornos mentais e comportamentais (WHO, 2001). Em anos mais recentes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 151 milhões de pessoas sofram de depressão, 26 milhões de pessoas de esquizofrenia e que 125 milhões de pessoas sejam afetadas por transtornos de uso de álcool (WHO, 2010). Os transtornos relacionados com a saúde mental representam cinco das dez principais causas de deficiência em todo o mundo, significando 13% do total de carga de

doença (WHO, 2001; WHO, 2010). Embora os transtornos mentais e comportamentais afetem pessoas em todos os grupos da sociedade em todos os países, os pobres são desproporcionalmente afetados por esses distúrbios. Com o envelhecimento das populações do mundo, o número de pessoas com transtornos mentais tende a aumentar ao longo das próximas décadas, o que gerará um custo enorme em termos de sofrimento, deficiência e perda econômica (WHO, 2001).

O grupo de transtornos mentais graves inclui uma variedade de diagnósticos psiquiátricos, que tem, em comum, sintomas psiquiátricos que persistem ao longo do tempo e são funcionalmente incapacitantes para habilidades de vida diária, que envolvem interações sociais, relações familiares, emprego e educação. Pessoas com esquizofrenia, transtorno bipolar, e depressão grave fazem parte desse grupo. As pessoas com outros transtornos, por sua vez, como aqueles de ansiedade e de uso de substâncias, são frequentemente menos incapacitadas e o distúrbio pode ser mais transitório. Há evidências de mecanismos causais que relacionam os sintomas relacionados aos transtornos mentais à falta de discernimento, e a ser morador de rua, a se tornar usuário de álcool ou drogas, ou ser encarcerado (JOHNSON, 1997).

As pessoas com transtornos mentais são comumente vítimas de estigma e discriminação e sendo apontadas como pessoas pouco habilidosas e incapazes de tomar decisões. Além disso, são apontadas como violentas, quando na verdade, experimentam taxas bastante altas de vitimização física e sexual. É uma população que tem o exercício de seus direitos civis e políticos restringidos, devido à falsa ideia de que são incapazes de assumir responsabilidades e decidir sobre sua vida. Também sofrem com o acesso reduzido a serviços de saúde, enfrentam barreiras no acesso à escola por sofrerem discriminação e rejeição dos colegas e sofrem com altas taxas de desemprego. Como resultado cumulativo da exposição prolongada aos fatores sociais e econômicos anteriores, o risco de dificuldades ao longo da vida, adoecimento e morte prematura para esta população específica aumentam (WHO, 2010). Além disso, estereótipos sobre o transtorno mental podem levar as pessoas a subestimar o risco de transmissão de DST nessa população, tratando essas pessoas como se não tivessem interesse por sexo, ou, em outras palavras, estigmatizando a sexualidade nessa população (COLLINS *et al.*, 2008a; WALKUP *et al.*, 2002).

Dessa forma, há evidências acerca da aumentada vulnerabilidade dessa população às infecções pelo HIV e outras DST, e faz-se necessário maior atenção às necessidades dessa população incluindo o fortalecimento das ações de prevenção ao HIV e às DST, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade individual e social dos portadores de transtorno mental no Brasil.

#### 2.4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Desde a consolidação da reforma psiquiátrica, mais especificamente a partir do ano de 2002, uma ampla rede de serviços extra-hospitalares de saúde mental tem se formado com o objetivo do cuidado a saúde e da inserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

São eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou simplesmente residências terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, os ambulatórios de saúde mental, os consultórios de rua e os hospitais gerais com leitos psiquiátricos, além da atenção básica com o apoio de equipes matriciais referência em saúde mental e dos hospitais psiquiátricos que, mesmo com o processo de redução de leitos desencadeado pela reforma psiquiátrica, ainda possuem um papel importante na rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Os CAPS prestam atendimento clínico em regime de atenção diária, promovem a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regulam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dão suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Diferenciam-se em CAPS I, que cobre municípios de 20.000 a 50.000 habitantes, CAPS II, com cobertura para municípios com mais de 50.000 habitantes e os CAPS III, com atendimento 24 horas todos os dias da semana e cobertura para municípios com mais de 200.000 habitantes. Há também os CAPSi, com atendimento especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais, e os CAPSad, que são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). No ano de 2010, o número de CAPS atingiu 1.620, com uma cobertura de 0,66 CAPS para cada 100.000 habitantes, sendo 761 CAPS I, 418 CAPS II, 55 CAPS III, 128 CAPSi e 258 CAPSad (BRASIL, 2011b).

As residências terapêuticas são casas implantadas em espaço urbano, que acolhem até oito pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, garantindo a elas o direito de moradia e auxiliando-as no seu processo de reintegração à comunidade (BRASIL, 2005). Em 2010, 570 residências estavam em funcionamento em todo o Brasil (BRASIL, 2011b).

Os Centros de Convivência e Cultura oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Esses centros facilitam a construção de laços sociais e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). Até 2008, foram 51 centros de convivência implantados, sendo que a maioria destes situam-se em São Paulo (19), Belo Horizonte (9) e Campinas (7) (BRASIL, 2010).

Os ambulatórios públicos de saúde mental são serviços constituídos por pelo menos quatro profissionais de saúde mental, e até 2007, eram 860 serviços desse tipo no país (BRASIL, 2010).

Os consultórios de rua oferecem cuidados básicos de saúde para a população vulnerável no próprio contexto de rua (BRASIL, 2010). Em 2010, 92 consultórios de rua estavam implantados ou em implantação no Brasil (BRASIL, 2011b).

E finalmente, em 2010, os leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS somavam 32.735 em todo o país (BRASIL, 2011b). Em hospitais gerais, até 2008, 2.568 leitos ativados eram psiquiátricos e do SUS (BRASIL, 2010)

Todos esses dispositivos juntos com a atenção básica formam a rede de atenção psicossocial e são, por isso, pontos estratégicos para o trabalho de prevenção do HIV e de outras DST nessa população com transtornos mentais.

## **2.5 FATORES ASSOCIADOS AO SEXO DESPROTEGIDO EM PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS CRÔNICOS**

Os fatores associados ao sexo desprotegido na população com transtornos mentais encontrados nos estudos analisados nessa revisão estão sintetizados no quadro 3 de acordo com os tempos de relato adotados.

**Quadro 3** – Fatores associados ao sexo desprotegido em populações psiquiátricas de acordo com os tempos de relato.

Fatores associados com o sexo desprotegido	Estudos que encontraram fatores associados de acordo com tempo de relato de sexo desprotegido					
	Estudos de revisão	Últimos três meses	Últimos quatro meses	Últimos seis meses	Último ano	Na vida
Sexo feminino	Meade & Sikkema (2005)	Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)	-	Kalichman <i>et al.</i> (2005)	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Ser mais velho	-	-	Sikkema <i>et al.</i> (2011)	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Estar casado ou em união	Meade & Sikkema (2005)	Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)	-	-	Meade & Sikkema (2007)	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Morar com filhos e parceiros	-	-	-	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Diagnósticos psiquiátricos menos graves	Meade & Sikkema (2005)	Carey <i>et al.</i> (2004)	Sikkema <i>et al.</i> (2011)	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Transtorno de uso de substância	-	Carey <i>et al.</i> (2004)	-	-	-	-
História de DST	-	Vanable <i>et al.</i> (2007)	-	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Ter feito teste para HIV	Senn & Carey (2009)	-	-	Goldberg <i>et al.</i> (2005)	-	Melo <i>et al.</i> (2011)
Múltiplos parceiros sexuais	-	-	-	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Uso de álcool	-	Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998); Tross <i>et al.</i> (2009)	Sikkema <i>et al.</i> (2011)	Rosenberg <i>et al.</i> (2001)	-	-
Uso de drogas	-	-	Sikkema <i>et al.</i> (2011)	-	-	-
Tabagismo	-	-	-	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Sexo sob a influência de álcool ou drogas	-	Randolph <i>et al.</i> (2007)	-	-	-	Guimarães <i>et al.</i> (2010)
Violência sexual	-	-	-	-	Meade & Sikkema (2007)	Oliveira <i>et al.</i> (2012)
Percepção de estar em alto risco para o HIV	-	Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)	-	-	-	-

Dentre esses fatores, o sexo feminino foi fortemente associado tanto ao sexo desprotegido mais recente (dos últimos três ou seis meses) quanto ao praticado na vida (GUIMARÃES *et al.*, 2010; KALICHMAN *et al.*, 2005; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998). Além do sexo desprotegido, há evidências de que as mulheres com transtornos mentais também tem chance aumentada de sofrer violência sexual, ter sexo com parceiros de alto risco e negociar o sexo por dinheiro ou drogas (MEADE & SIKKEMA, 2005). Uma plausível explicação para essa aumentada vulnerabilidade da mulher aos comportamentos de risco que levam a transmissão do HIV é baseada nas desigualdades de gênero que favorecem o enfraquecimento das tomadas de decisão da mulher e da diminuição do seu controle no relacionamento (CAMPBELL *et al.*, 2009; HARRISON *et al.*, 2006; O'SULLIVAN *et al.*, 2006). Assim, torna-se mais difícil para a mulher iniciar, negociar, e insistir no sexo seguro (CAMPBELL *et al.*, 2009).

Os gêneros são baseados em grupos de comportamentos culturalmente e socialmente construídos que diferenciam a masculinidade e a feminilidade (HARRISON *et al.*, 2006; O'SULLIVAN *et al.*, 2006). O relacionamento entre os gêneros é baseado no desequilíbrio do poder, em que homem deve ser o dominante, e a mulher, a submissa, o que se associa com a aumentada vulnerabilidade da mulher ao HIV (CAMPBELL *et al.*, 2009; HARRISON *et al.*, 2006; O'SULLIVAN *et al.*, 2006). Além disso, há evidências de que o transtorno mental amplia as desigualdades de poder entre os gêneros e enfraquece a posição da mulher em sua família e no relacionamento. Inclusive, o estigma relacionado à sexualidade da mulher com transtornos mentais atua diminuindo a sua autoestima e a sua intenção em se proteger, favorecendo o seu engajamento em relações sexuais de alto risco (COLLINS *et al.*, 2008a; COLLINS *et al.*, 2008b). Percebe-se, com isso, a importante influência do sexo do indivíduo na prática de sexo desprotegido, evidenciando a necessidade de analisar separadamente os fatores que levam homens e mulheres à adoção desse comportamento de risco.

Outra característica socioeconômica que esteve associada ao sexo desprotegido foi a idade. Evidências apontam que o avançar da idade está associado ao maior risco de se engajar nesse comportamento de risco (GUIMARÃES *et al.*, 2010; SIKKEMA *et al.*, 2011). Guimarães *et al.* (2010) encontraram que pessoas com idade igual ou superior a 40 anos tinham maior chance de praticar o sexo desprotegido na vida, enquanto Sikkema *et al.*, (2011) encontraram uma associação positiva e crescente entre ser mais velho e praticar o sexo desprotegido nos últimos quatro meses, associação esta verificada apenas entre os homens.

Estar casado ou em união foi fortemente associado ao sexo desprotegido mais recente e também na vida (GUIMARÃES *et al.*, 2010; MEADE & SIKKEMA, 2005; MEADE & SIKKEMA, 2007; OTTO-SALAJ *et al.* 1998). Também foi associado ao sexo desprotegido na vida o relato de morar com parceiros e filhos (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Alguns estudos que avaliaram o efeito do diagnóstico psiquiátrico no comportamento sexual de risco encontraram que aquelas pessoas com diagnósticos psiquiátricos gerais tiveram mais chance de praticar o sexo desprotegido tanto recentemente (últimos três e quatro meses) quanto ao longo da vida (CAREY *et al.*, 2004; GUIMARÃES *et al.* 2010; MEADE & SIKKEMA, 2005; SIKKEMA *et al.*, 2011). Carey *et al.* (2004) encontraram uma maior probabilidade de praticar o sexo desprotegido nos últimos três meses entre os pacientes com transtornos de humor comparado com aqueles com algum transtorno psicótico. Sikkema *et al.* (2011) encontraram frequência aumentada de sexo desprotegido nos últimos quatro meses entre mulheres diagnosticadas com depressão, enquanto Guimarães *et al.* (2010) encontraram associação entre diagnóstico de depressão e de ansiedade e sexo desprotegido na vida. Também foi encontrada a associação entre o diagnóstico de transtorno de uso de substâncias e o sexo desprotegido nos últimos três meses (CAREY *et al.*, 2004).

Outras variáveis clínicas, tais como ter história de DST e ter feito o teste para o HIV previamente, também foram associadas ao comportamento sexual de risco recente e na vida (GOLDBERG *et al.*, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2010; MELO *et al.*, 2011; SENN & CAREY, 2009; VANABLE *et al.*, 2007).

Entre as variáveis de comportamento, em Guimarães *et al.* (2010) os pacientes psiquiátricos que relataram ter tido mais que um parceiro sexual na vida praticaram mais frequentemente o sexo desprotegido. Entretanto em estudo de Meade & Sikkema (2005), foi encontrado que ter múltiplos parceiros esteve associado ao aumento no uso de preservativo.

O uso de álcool e drogas foram fatores associados ao sexo desprotegido recente, enquanto o tabagismo foi associado a esse comportamento de risco na vida (GUIMARÃES *et al.*, 2010; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998; ROSENBERG *et al.*, 2001; SIKKEMA *et al.*, 2011; TROSS *et al.*, 2009). O relato de ter feito sexo sob a influência de álcool ou drogas também esteve associado com uma maior frequência de sexo desprotegido ao longo da vida em estudo de

Guimarães *et al.* (2010). Em estudo de Randolph *et al.* (2007) esse comportamento esteve associado à prática de sexo desprotegido nos últimos três meses somente em mulheres.

A história de violência sexual também foi fator associado ao sexo desprotegido no último ano em Meade & Sikkema (2007), e também na vida apenas entre mulheres em estudo de Oliveira *et al.* (2012). Finalmente, foi encontrado no estudo de Otto-Salaj *et al.*, (1998) maior frequência de sexo desprotegido nos últimos três meses entre os pacientes que se percebiam estar em maior risco para o HIV.

### **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o comportamento sexual de risco recente de pacientes com transtornos mentais sexualmente ativos nos últimos seis meses, atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Psiquiátricos no Brasil, no período de junho a setembro de 2006 (Projeto PESSOAS), estratificando-se por sexo.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever a população psiquiátrica adulta de homens e mulheres, sexualmente ativos nos últimos seis meses, participantes do Projeto PESSOAS.
2. Verificar se variáveis sociodemográficas (e.g. idade, escolaridade, renda), clínicas (e.g. história de DST, teste prévio para o HIV) e comportamentais (e.g. número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, sexo sob a influência de álcool e/ou drogas) estão estatisticamente associadas com a prática do sexo desprotegido nos últimos seis meses, entre homens e mulheres sexualmente ativos.
3. Avaliar o efeito independente das variáveis explicativas na prática do sexo desprotegido.

## **4 MÉTODOS**

---

#### **4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Este estudo é parte da Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental - Projeto PESSOAS, que é um estudo de corte-transversal, nacional, multicêntrico conduzido no Brasil no período de junho a setembro de 2006 em onze hospitais psiquiátricos públicos e quinze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos nas cinco regiões do Brasil. O Projeto PESSOAS foi originalmente desenhado para estimar a soroprevalência do HIV, sífilis e hepatites B e C e para avaliar o comportamento de risco entre pacientes psiquiátricos.

O tamanho da amostra foi obtido usando uma amostragem probabilística em dois estágios. No primeiro estágio foram selecionados os centros e, em seguida, os pacientes por amostragem probabilística simples, proporcional ao tipo de serviço de saúde mental (hospital ou CAPS) e a distribuição de casos de AIDS notificados por cada região brasileira (GUIMARÃES *et al.*, 2008b). Aqueles CAPS que atendiam exclusivamente aos transtornos de uso de substância (CAPSad) foram excluídos devido à possibilidade de conduzirem a superestimativas das frequências dos comportamentos de risco selecionados, bem como das estimativas do risco.

#### **4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Os critérios de elegibilidade para o estudo principal foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar internado ou em atendimento nos CAPS durante o período indicado, com qualquer diagnóstico psiquiátrico; e estar apto para responder ao questionário e para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Uma avaliação preliminar adaptada do *Minimental State Examination* (MMSE) foi conduzida por profissionais de saúde mental para avaliar a capacidade do paciente em participar e entender os objetivos do estudo (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Para essa análise foram incluídos os pacientes que relataram ser sexualmente ativos nos seis meses anteriores à entrevista.

#### **4.3 EVENTO E VARIÁVEIS EXPLICATIVAS**

Entrevistas face-a-face por meio de questionário semiestruturado foram conduzidas por profissionais de saúde mental experientes e treinados para obter dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Dados complementares, como diagnósticos psiquiátricos e outras comorbidades, foram coletados de prontuários médicos e

agrupados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (GUIMARÃES *et al.*, 2010). Análise de confiabilidade e validade do questionário semiestruturado em estudo piloto concluiu que o instrumento foi adequado para avaliar comportamentos de risco na população com transtorno mental entrevistada (GUIMARÃES *et al.*, 2008c).

No quadro 4 estão apresentadas as variáveis estudadas e suas categorias de análise.

**Quadro 4** – Variáveis estudadas e suas categorias de análise.

Variáveis	Categorias*
<b>Sociodemográficas</b>	
1. Tipo de centro de recrutamento	0. CAPS 1. Hospitais
2. Cor da pele	0. Preto/Mulato 1. Branco
3. Idade	0. ≤ 40 anos 1. > 40 anos
4. Estado Marital	0. Solteiro/separado/viúvo 1. Casado ou 'em união'
5. Escolaridade	0. ≥ 5 anos 1. < 5 anos
6. Renda Familiar no último mês	0. > R\$ 350 1. ≤ R\$ 350
7. Parceria atual de moradia	0. Sozinho/Outras pessoas 1. Filho e/ou parceiro
<b>Clínicas</b>	
8. Diagnóstico psiquiátrico principal (CID-10)	0. Outros diagnósticos 1. Psicoses/Transtorno bipolar/ Depressão com sintomas psicóticos 2. Depressão/Ansiedade 3. Transtorno de uso de substância
9. Hospitalização prévia	0. Não 1. Sim
10. DST no último ano	0. Não 1. Sim
11. Teste prévio para o HIV	0. Sim 1. Não
<b>Comportamentais</b>	
12. Idade do primeiro intercuro sexual	0. ≥ 18 anos 1. < 18 anos
13. Uso de preservativos nos últimos seis meses	0. Sempre 1. Uso inconsistente/Nunca

/ continua.

**Quadro 4** – Variáveis estudadas e suas categorias de análise (conclusão).

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias*</b>
14. Recusa do preservativo pelo parceiro	0. Não 1. Sim
15. Receber/oferecer dinheiro ou droga por sexo	0. Não 1. Sim
16. Sexo sob a influência de álcool ou drogas	0. Não 1. Sim
17. Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses	0. >1 1. Apenas um
18. Uso de álcool na vida	0. Não 1. Sim
19. Uso de drogas ilícitas na vida	0. Não 1. Sim
20. Tabagismo na vida	0. Não 1. Sim
21. Violência verbal na vida	0. Não 1. Sim
22. Violência física na vida	0. Não 1. Sim
23. Violência sexual na vida	0. Não 1. Sim
24. Conhecimento sobre o HIV/AIDS	0. Bom 1. Baixo
25. Percepção de risco para o HIV	0. Nenhum risco 1. Alto ou algum risco/Não sabe com certeza

\* 0: categoria de referência/  $\geq 1$ : categoria de risco

O evento de interesse nesse estudo foi o sexo desprotegido nos seis meses anteriores à entrevista. Sexo desprotegido foi definido como não usar preservativos em todas as relações sexuais nos últimos seis meses, incluindo relação vaginal, anal e oral. O relato de uso de preservativos em todas as relações sexuais nos últimos seis meses foi definido como sexo seguro.

A variável explicativa diagnóstico psiquiátrico foi definida como o motivo da internação ou do acompanhamento atual, estabelecido por profissional médico e registrado no prontuário. Esta variável foi extraída de prontuários do paciente e codificada de acordo com a classificação CID-10. Quando mais de um diagnóstico psiquiátrico estava presente, esses foram ordenados de acordo com a gravidade da doença: (1) transtornos psicóticos, depressão com sintomas psicóticos e transtorno bipolar (2) depressão e ansiedade, (3) transtorno de uso

de substância e (4) outros (e.g. demência, transtornos de humor e de personalidade e comportamentos, epilepsia, diagnósticos ignorados).

As outras variáveis explicativas incluíram: 1) *características sociodemográficas* (centro de recrutamento, cor da pele, idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar no último mês e atual companhia de moradia); 2) *características clínicas* (hospitalização psiquiátrica prévia, história de DST no último ano, e teste de HIV prévio); 3) *características comportamentais* (idade da primeira relação sexual, recusa do uso de preservativo pelo parceiro, receber e/ou oferecer dinheiro ou drogas por sexo, sexo sob a influência de álcool e/ou drogas, número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, uso de álcool na vida, uso de drogas ilícitas na vida, tabagismo na vida, violência verbal, física ou sexual na vida, conhecimento sobre o HIV, e a autopercepção de risco para o HIV).

A variável comportamental “violência física alguma vez na vida” pode ser entendida como qualquer agressão física sofrida pelo entrevistado, enquanto “violência sexual alguma vez na vida” trata-se de qualquer coação que faça o entrevistado manter uma relação sexual que não deseja, ou o sofrimento de qualquer tipo de abuso de conotação sexual, contra a vontade dele. A variável “recusa do uso de preservativo pelo parceiro” representa a negativa do parceiro do participante ao uso do preservativo na relação sexual. O “conhecimento sobre HIV/AIDS” foi avaliado em dez questões com opções de resposta verdadeiro ou falso. Bom conhecimento sobre HIV/AIDS foi definido quando o entrevistado acertava oito ou mais questões, e baixo conhecimento foi definido quando o entrevistado acertava sete ou menos questões (GUIMARÃES *et al.*, 2010). A “percepção sobre o risco de adquirir HIV” refere-se à autoavaliação do entrevistado quanto ao seu risco de adquirir uma infecção por HIV (nenhum, algum risco, muito risco, não sabe com certeza).

#### **4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Uma análise descritiva foi conduzida e o teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para a análise dos dados categóricos, estratificando por sexo. A prevalência de sexo desprotegido foi estimada dividindo-se o número de pessoas que relataram não ter usado preservativos em todas as práticas sexuais nos últimos seis meses pelo número de pacientes sexualmente ativos do mesmo período, estratificado por sexo. A magnitude de associação entre as variáveis

explanatórias e o comportamento sexual de risco foi estimado pelo *odds ratio* considerando o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância considerado foi inferior a 0,05.

O efeito independente das variáveis explicativas foi avaliado por meio de modelo multivariado logístico. As variáveis com p-valor igual ou menor que 0,20 obtidos na análise univariada foram incluídas no modelo multivariado. A estratégia de deleção sequencial das variáveis foi aplicada e apenas as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo logístico final, para cada estrato dos sexos. A adequação do modelo final foi avaliada pelo teste Hosmer-Lemeshow®. O Paradox® Windows 11.0 foi utilizado para o gerenciamento do banco de dados e o software SAS® 9.0 para a análise dos dados.

#### **4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS**

O projeto PESSOAS foi aprovado pelos centros participantes, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, ETC 125/03 – Anexo A) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 592/2006 – Anexo B) do Ministério da Saúde. A participação na pesquisa foi voluntária e ocorreu após concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade das respostas foi assegurada a todos os participantes.

## **5 RESULTADOS**

---

## 5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO

Foram 3255 pacientes recrutados para o projeto PESSOAS, sendo que apenas 2763 (89,9%) foram considerados aptos a participar da pesquisa pela avaliação preliminar. Dentre esses, 288 (10,4%) não participaram do projeto, e os motivos para isso foram recusas (52,0%), não ser localizado (19,1%), não comparecimento (8,0%), não ser elegível (3,8%), paciente interdito (1,0%), óbito (0,7%), e outras razões (15,4%). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre participantes e não participantes com relação à idade, ao gênero, à escolaridade, ou ao diagnóstico psiquiátrico ( $p > 0,05$ ) (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Foram 2475 participantes entrevistados, e entre esses, 1475 (60,0%) relataram ser sexualmente ativos nos últimos seis meses sendo, portanto, incluídos nessa análise.

Dos 1475 participantes, 791 (53,6%) foram mulheres e 684 (46,4%) foram homens. A prevalência de sexo desprotegido nos últimos seis meses foi 88,8% (IC 95%: 86,3% - 90,9%) para as mulheres e 77,2% (IC 95%: 73,9% - 80,2%) para homens (TABELA 1).

Em relação às características sociodemográficas da população, a maioria dos homens tinha idade menor ou igual quarenta anos (54,5%) e tinha uma renda familiar do último mês maior que trezentos e cinquenta reais (51,7%), que era o salário mínimo brasileiro do ano de 2006. A maioria das mulheres era branca (52,7%), estava casada ou em união (56,8%), estava vivendo com os filhos e/ou com os parceiros (73,6%) e 47,5% delas relataram menos de cinco anos de escolaridade.

Entre as características clínicas, uma alta proporção de homens tinha diagnóstico mais graves (alguma psicose, transtorno bipolar ou depressão com transtornos psicóticos) (55,1%) e hospitalização psiquiátrica prévia (62,0%). Para as mulheres, 29,7% tinham diagnóstico principal de depressão ou ansiedade, 13,2% tinham história de DST no último ano, e 34,7% haviam feito o teste de HIV previamente.

Dentre as características comportamentais, a maioria dos homens teve sua iniciação sexual antes dos 18 anos de idade (69,4%), relatou ter recebido ou oferecido dinheiro ou drogas em troca de sexo (47,0%), ter praticado sexo sob a influência de álcool ou drogas (47,4%), e ter mais que um parceiro sexual nos últimos seis meses (49,3%). Além disso, houve uma alta proporção de homens quem relataram uso de álcool ou drogas ilícitas na vida (85,1% e

42,3%, respectivamente), tabagismo na vida (83,0%), e de história violência física (59,9%). Relataram mais frequentemente perceber-se como não tendo qualquer risco para a infecção do HIV (33%). Por outro lado, mulheres relataram proporcionalmente mais recusa de uso do preservativo pelo parceiro (40,0%), e história de violência verbal e sexual (75,6% e 28,8%). Finalmente, uma proporção similar de homens e mulheres apresentaram bons conhecimentos de HIV/AIDS, cerca de 64,0% para ambos os sexos.

**Tabela 1** – Características descritivas, estratificadas por sexo, dos pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil (n=1475), Projeto PESSOAS, 2006.

Características	Homem	Mulher
	(N=684 <sup>1</sup> ) n (%)	(N=791 <sup>1</sup> ) n (%)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Tipo de centro de recrutamento</b>		
CAPS	373 (54,5)	578 (73,1)
Hospital	311 (45,5)	213 (26,9)
<b>Cor da pele</b>		
Branco	332 (48,5)	416 (52,7)
Preto/Mulato	352 (51,5)	374 (47,3)
<b>Idade</b>		
≤40 anos	373 (54,5)	397 (50,2)
>40 anos	311 (45,5)	394 (49,8)
<b>Estado marital</b>		
Casado ou ‘em união’	246 (36,0)	449 (56,8)
Outros (solteiro/separado/viúvo)	438 (64,3)	342 (43,2)
<b>Escolaridade</b>		
< 5 anos	309 (45,6)	372 (47,5)
≥ 5 anos	368 (54,4)	411 (52,5)
<b>Renda familiar no último mês<sup>2</sup></b>		
>R\$ 350	345 (51,7)	361 (46,8)
≤R\$ 350	129 (19,3)	222 (28,8)
<b>Parceria atual de moradia</b>		
Filhos e/ou parceiros	245 (35,8)	580 (73,6)
Outros ou sozinho	439 (64,2)	208 (26,4)
<b>CLÍNICAS</b>		
<b>Diagnóstico psiquiátrico (CID-10)</b>		
Psicoses/Transtorno bipolar/DSP <sup>3</sup>	377 (55,1)	367 (46,4)
Depressão/Ansiedade	83 (12,1)	235 (29,7)
Transtorno de uso de substância	117 (17,1)	24 (3,0)
Outros	107 (15,6)	165 (20,9)
<b>Hospitalização prévia</b>		
Sim	423 (62,0)	365 (46,3)
Não	259 (38,0)	424 (53,7)
<b>DST no último ano<sup>4</sup></b>		
Sim	48 (7,2)	101 (13,2)
Não	615 (92,8)	664 (86,8)
<b>Teste para o HIV prévio</b>		
Sim	216 (32,1)	268 (34,7)
Não	457 (67,9)	505 (65,3)

/continua.

**Tabela 1** – Características descritivas, estratificadas por sexo, dos pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil (n=1475), Projeto PESSOAS, 2006 (continuação).

Características	Homem (N=684 <sup>1</sup> )	Mulher (N=791 <sup>1</sup> )
	n (%)	n (%)
<b>COMPORTAMENTAL</b>		
<b>Idade do primeiro intercuro sexual</b>		
< 18 anos	454 (69,4)	404 (52,4)
≥ 18 anos	200 (30,6)	367 (47,6)
<b>Uso de preservativos nos últimos seis meses</b>		
Sempre	156 (22,8)	89 (11,2)
Uso inconsistente/nunca	528 (77,2)	702 (88,8)
<b>Recusa do preservativo pelo parceiro</b>		
Sim	158 (23,6)	308 (40,0)
Não	511 (76,4)	463 (60,0)
<b>Receber/Oferecer dinheiro ou droga por sexo</b>		
Sim	318 (47,0)	130 (16,6)
Não	358 (53,0)	653 (83,4)
<b>Sexo sob a influência de álcool ou drogas</b>		
Sim	322 (47,4)	160 (20,4)
Não	357 (52,6)	626 (79,6)
<b>Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses</b>		
Apenas um	337 (36,6)	548 (69,3)
>1	250 (49,3)	128 (16,2)
<b>Uso de álcool na vida</b>		
Sim	581 (85,1)	447 (56,6)
Não	102 (14,9)	343 (43,4)
<b>Uso de drogas ilícitas na vida</b>		
Sim	289 (42,3)	139 (17,6)
Não	394 (57,7)	651 (82,4)
<b>Tabagismo na vida</b>		
Sim	566 (83,0)	506 (64,4)
Não	116 (17,0)	280 (35,6)
<b>Violência verbal na vida</b>		
Sim	477 (69,7)	597 (75,6)
Não	207 (30,3)	193 (24,4)
<b>Violência física na vida</b>		
Sim	408 (59,9)	463 (58,5)
Não	273 (40,1)	328 (41,5)
<b>Violência sexual na vida</b>		
Sim	84 (12,4)	227 (28,8)
Não	596 (87,7)	562 (71,2)

**Tabela 1** – Características descritivas, estratificadas por sexo, dos pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil (n=1475), Projeto PESSOAS, 2006 (conclusão).

<b>Características</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>
	<b>(N=684<sup>1</sup>)</b>	<b>(N=791<sup>1</sup>)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Conhecimento sobre HIV/AIDS</b>		
Bom	431 (64,1)	503 (64,2)
Baixo	241 (35,9)	280 (35,8)
<b>Percepção de risco para o HIV</b>		
Alto/Algum risco/ Não sabe com certeza	444 (66,8)	539 (70,1)
Nenhum risco	221 (33,2)	230 (29,9)

<sup>1</sup>Total varia de acordo com informação ignorada

<sup>2</sup>Salário mínimo brasileiro em 2006

<sup>3</sup>Depressão com sintomas psicóticos

<sup>4</sup>Doença sexualmente transmissível

## 5.2 ANÁLISES UNIVARIADA E MULTIVARIADA

A análise univariada indicou que entre ambos os sexos, a chance de praticar o sexo desprotegido nos últimos seis meses foi estatisticamente maior ( $p < 0,05$ ) entre aqueles com idade maior que 40 anos, que estavam casados ou em união, e que viviam com filhos e/ou parceiros (TABELA 2). Em relação à escolaridade, a chance de praticar o sexo desprotegido foi o dobro entre as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade.

Com relação às variáveis clínicas, homens com diagnósticos de depressão e ansiedade foram mais prováveis de praticar o sexo desprotegido recente quando comparados a outros diagnósticos psiquiátricos, enquanto entre as mulheres não houve diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, a chance de sexo desprotegido recente foi o dobro entre as mulheres sem teste prévio para HIV.

Entre as variáveis comportamentais, homens que relataram recusa do uso de preservativo pelo parceiro tiveram menor chance de sexo desprotegido com relação àqueles que não relataram recusa. Homens que receberam ou ofereceram sexo em troca de dinheiro e/ou drogas tiveram menor chance de relatar sexo desprotegido nos últimos seis meses. Por outro lado, uma maior chance de sexo desprotegido foi encontrada entre homens relatando apenas um parceiro sexual nos últimos seis meses. Entre as mulheres, tabagismo na vida, história de violência verbal e baixo conhecimento sobre o HIV foram estatisticamente associados com sexo desprotegido recente.

A análise multivariada indicou três variáveis positiva e independentemente associadas com sexo desprotegido recente entre homens e mulheres ( $p < 0,05$ ) (TABELA 3): estar casado ou em união, viver com crianças e ou parceiros, e tabagismo na vida. Por outro lado, baixa renda familiar no último mês e ter sido diagnosticado com depressão e ansiedade foram associados com sexo desprotegido apenas entre homens, enquanto, entre as mulheres, a idade maior que 40 anos, nenhum teste de HIV prévio, ter relatado sexo sob a influência de álcool ou drogas e história de violência verbal foram positiva e independentemente associadas com o sexo desprotegido nos últimos seis meses ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 2** – Análise univariada do sexo desprotegido recente<sup>1</sup>, estratificado por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006.

Características	Homem (N=684)					Mulher (N=791)				
	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>										
<b>Tipo de centro de recrutamento</b>										
CAPS	373	286 (76,7)	0,94	(0,65-1,34)	0,12	578	514 (88,3)	1,07	(0,65-1,75)	0,07
Hospital	311	242 (77,8)	1,00		(0,72)	213	188 (88,9)	1,00		(0,79)
<b>Cor da pele</b>										
Branco	332	255 (76,8)	0,96	(0,67-1,37)	0,05	416	365 (89,8)	0,81	(0,52-1,26)	0,87
Preto/Mulato	352	273 (77,6)	1,00		(0,82)	374	336 (87,7)	1,00		(0,35)
<b>Idade</b>										
>40 anos	311	258 (83,0)	1,86	(1,28-2,70)	10,77	394	364 (92,4)	2,11	(1,33-3,37)	10,40
≤40 anos	373	270 (72,4)	1,00		(<0,01)*	397	338 (85,1)	1,00		(<0,01)*
<b>Estado marital</b>										
Casado ou 'em união'	246	224 (91,1)	4,49	(2,77-7,27)	41,94	449	418 (93,1)	2,75	(1,74-4,37)	19,65
Outros (solteiro/separado/viúvo)	438	304 (69,4)	1,00		(<0,01)*	342	284 (83,0)	1,00		(<0,01)*
<b>Escolaridade</b>										
< 5 anos	309	245 (79,3)	1,26	(0,87-1,81)	1,53	372	344 (92,5)	2,10	(1,31-3,37)	9,79
≥ 5 anos	368	277 (75,3)	1,00		(0,22)	411	351 (85,4)	1,00		(<0,01)*
<b>Renda familiar no último mês<sup>4</sup></b>										
≤R\$ 350	129	106 (82,2)	1,55	(0,93-2,59)	2,84	222	194 (87,4)	0,77	(0,45-1,30)	0,98
>R\$ 350	345	258 (74,8)	1,00		(0,09)	361	325 (90,0)	1,00		(0,32)
<b>Parceria atual de moradia</b>										
Filhos e/ou parceiros	245	223 (91,0)	4,45	(2,75-7,21)	41,46	580	533 (91,9)	2,87	(1,83-4,51)	22,33
Outros ou sozinho	439	305 (69,5)	1,00		(<0,01)*	208	166 (79,8)	1,00		(<0,01)*

/ continua.

**Tabela 2** – Análise univariada do sexo desprotegido recente<sup>1</sup>, estratificado por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006 (continuação).

Características	Homem (N=684)					Mulher (N=791)				
	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)
<b>CLINICAS</b>										
<b>Diagnóstico psiquiátrico (CID-10)</b>										
Psicoses/Transtorno bipolar/DSP <sup>5</sup>	377	284 (75,3)	1,19	(0,73-1,93)	0,50 (0,48)	367	324 (88,3)	1,16	(0,67-2,01)	0,28 (0,60)
Depressão/Ansiedade	83	74 (89,2)	3,20	(1,42-7,20)	7,93(<0,01)*	235	214 (91,1)	1,57	(0,83-2,96)	1,93 (0,16)
Transtorno de uso de substância	117	93 (79,5)	1,51	(0,82-2,80)	1,71 (0,19)	24	21 (87,5)	1,08	(0,29-3,91)	0,01 (0,91)
Outros	107	77 (72,0)	1,00			165	143 (86,7)	1,00		
<b>Hospitalização prévia</b>										
Sim	423	320 (75,7)	0,80	(0,55-1,16)	1,28	365	324 (88,8)	1,01	(0,65-1,57)	0,002
Não	259	206 (79,5)	1,00		(0,24)	424	376 (88,7)	1,00		(0,97)
<b>DST no último ano<sup>6</sup></b>										
Sim	48	39 (81,3)	1,32	(0,63-2,80)	0,55	101	92 (91,1)	1,32	(0,64-2,73)	0,57
Não	615	471 (76,6)	1,00		(0,46)	664	588 (88,6)	1,00		(0,45)
<b>Teste para o HIV prévio</b>										
Não	457	359 (78,6)	1,31	(0,90-1,91)	2,02	505	460 (91,1)	2,01	(1,29-3,13)	9,68
Sim	216	159 (73,6)	1,00		(0,15)	268	224 (83,6)	1,00		(<0,01)*
<b>COMPORTAMENTAL</b>										
<b>Idade do primeiro intercuro sexual</b>										
< 18 anos	454	343 (75,6)	0,75	(0,50-1,13)	1,92	404	365 (90,4)	1,41	(0,90-2,21)	2,25
≥ 18 anos	200	161 (80,5)	1,00		(0,17)	367	319 (86,9)	1,00		(0,13)
<b>Recusa do preservativo pelo parceiro</b>										
Sim	158	111 (70,3)	0,63	(0,42-0,95)	5,03	308	271 (87,9)	0,91	(0,58-1,42)	0,18
Não	511	403 (78,9)	1,00		(0,02)*	463	412 (89,0)	1,00		(0,67)
<b>Receber/Oferecer dinheiro ou droga por sexo</b>										
Sim	318	232 (73,0)	0,63	(0,44-0,94)	6,20	130	110 (84,6)	0,64	(0,37-1,10)	2,69
Não	358	290 (81,0)	1,00		(0,01)*	653	585 (89,6)	1,00		(0,10)

**Tabela 2** – Análise univariada do sexo desprotegido recente<sup>1</sup>, estratificado por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006 (continuação).

Características	Homem (N=684)					Mulher (N=791)				
	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)
<b>Sexo sob a influência de álcool ou drogas</b>										
Sim	322	250 (77,6)	1,04	(0,72-1,48)	0,04	160	148 (92,5)	1,70	(0,90-3,22)	2,76
Não	357	275 (77,0)	1,00		(0,85)	626	550 (87,9)	1,00		(0,10)
<b>Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses</b>										
Apenas um	337	283 (84,0)	2,80	(1,89-4,13)	27,73	548	486 (88,7)	1,04	(0,57-1,90)	0,02
>1	250	163 (65,2)	1,00		(<0,01)*	128	113 (88,3)	1,00		(0,90)
<b>Uso de álcool na vida</b>										
Sim	581	450 (77,5)	1,12	(0,68-1,82)	0,19	447	398 (89,0)	1,07	(0,69-1,67)	0,10
Não	102	77 (75,5)	1,00		(0,66)	343	303 (88,3)	1,00		(0,76)
<b>Uso de drogas ilícitas na vida</b>										
Sim	289	221 (76,5)	0,92	(0,64-1,32)	0,20	139	123 (88,5)	0,97	(0,55-1,73)	0,01
Não	394	307 (77,9)	1,00		(0,66)	651	578 (88,8)	1,00		(0,92)
<b>Tabagismo na vida</b>										
Sim	566	444 (78,5)	1,51	(0,96-2,36)	3,28	506	462 (91,3)	1,91	(1,22-2,98)	8,13
Não	116	82 (70,7)	1,00		(0,07)	280	237 (84,6)	1,00		(<0,01)*
<b>Violência verbal na vida</b>										
Sim	477	368 (77,2)	0,99	(0,67-1,46)	0,002	597	536 (90,3)	1,78	(1,11-2,85)	5,88
Não	207	160 (77,3)	1,00		(0,97)	193	162 (83,9)	1,00		(0,02)*
<b>Violência física na vida</b>										
Sim	408	318 (77,9)	1,13	(0,78-1,62)	0,42	463	416 (89,9)	1,30	(0,84-2,02)	1,35
Não	273	207 (75,8)	1,00		(0,52)	328	286 (87,2)	1,00		(0,24)
<b>Violência sexual na vida</b>										
Sim	84	62 (73,8)	0,82	(0,48-1,38)	0,57	227	208 (91,6)	1,56	(0,91-2,65)	2,70
Não	596	462 (77,5)	1,00		(0,45)	562	492 (87,5)	1,00		(0,10)

**Tabela 2** – Análise univariada do sexo desprotegido recente<sup>1</sup>, estratificado por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtornos mentais no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006 (conclusão).

Características	Homem (N=684)					Mulher (N=791)				
	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)	Total <sup>2</sup>	n (%) <sup>3</sup>	OR	(IC95%)	$\chi^2$ (valor-p)
<b>Conhecimento sobre HIV/AIDS</b>										
Baixo	241	195 (80,9)	1,44	(0,97-2,11)	3,35	280	257 (91,8)	1,66	(1,01-2,73)	4,00
Bom	431	322 (74,7)	1,00		(0,07)	503	438 (87,1)	1,00		(0,045)*
<b>Percepção de risco para o HIV</b>										
Alto/Algum risco/ Não sabe com certeza	444	346 (77,9)	1,17	(0,80-1,71)	0,66	539	486 (90,2)	1,54	(0,96-2,45)	3,31
Nenhum risco	221	166 (75,1)	1,00		(0,42)	230	197 (85,7)	1,00		(0,07)

<sup>1</sup> Não usar preservativo em todas as práticas sexuais nos últimos seis meses

<sup>2</sup> Total varia de acordo com informação ignorada

<sup>3</sup> Número e proporção de sexo desprotegido para cada categoria

<sup>4</sup> Salário mínimo brasileiro em 2006

<sup>5</sup> Depressão com sintomas psicóticos

<sup>6</sup> Doenças sexualmente transmissível

\*Estatisticamente significativo:  $p < 0,05$

**Tabela 3** – Análise logística multivariada do sexo desprotegido recente, estratificada por sexo, entre pacientes sexualmente ativos com transtorno mental no Brasil, Projeto PESSOAS, 2006.

Características	Homem <sup>1</sup> (N=665) <sup>3</sup>		Mulher <sup>2</sup> (N=759) <sup>3</sup>	
	OR (IC95%)	Valor-p	OR (IC95%)	Valor-p
<b>Idade &gt;40 anos</b>	-	-	1,77 (1,08-2,89)	0,02*
<b>Estar casado ou em união</b>	2,46 (1,14-5,32)	0,02*	2,22 (1,22-4,05)	0,01*
<b>Renda familiar no último mês (≤ R\$350<sup>4</sup>)</b>	1,97 (1,15-3,38)	0,01*	-	-
<b>Viver com filhos e/ou parceiros</b>	2,49 (1,14-5,45)	0,02*	1,85 (1,03-3,31)	0,04*
<b>Diagnóstico psiquiátrico (CID-10)</b>				
Psicoses/Transtorno bipolar/DSP <sup>5</sup>	1,33 (0,79-2,23)	0,29	-	-
Depressão/Ansiedade	2,63 (1,10-6,27)	0,03*	-	-
Transtorno de uso de substâncias	1,85 (0,95-3,60)	0,07	-	-
<b>Nenhum teste de HIV prévio</b>	-	-	2,06 (1,27-3,34)	<0,01*
<b>Sexo sob a influência de álcool e drogas</b>	-	-	2,52 (1,14-4,46)	0,02*
<b>História de violência verbal</b>	-	-	1,71 (1,02-2,85)	0,04*
<b>Tabagismo na vida</b>	1,86 (1,13-3,07)	0,01*	1,87 (1,16-3,03)	0,01*

<sup>1</sup>Teste Hosmer-Lemeshow:  $X^2 = 7,79$ ;  $GL = 8$ ;  $P = 0,45$

<sup>2</sup>Teste Hosmer-Lemeshow:  $X^2 = 2,24$ ;  $GL = 8$ ;  $P = 0,97$

<sup>3</sup>Informação ignorada excluída

<sup>4</sup>Salário mínimo brasileiro em 2006

<sup>5</sup>DSP: depressão com sintomas psicóticos

\*Estatisticamente significativo  $p < 0,05$

## **6 DISCUSSÃO**

---

Este é o primeiro estudo que enfoca as diferenças de gênero no comportamento sexual de risco em uma amostra nacional de pacientes psiquiátricos. A prevalência do sexo desprotegido recente foi considerável em ambos os sexos, mas foi maior entre as mulheres do que entre os homens (89% e 77%, respectivamente), sendo este resultado consistente com outros estudos que também avaliaram o comportamento sexual recente de homens e mulheres com transtornos mentais (DÉVIEUX *et al.*, 2007; MEADE & SIKKEMA, 2007; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998). Isso também é consistente com outros dados do projeto PESSOAS, que indicaram que mulheres praticam o sexo desprotegido na vida mais frequentemente que os homens (GUIMARÃES *et al.*, 2010). Provavelmente essa diferença na prevalência do sexo desprotegido entre homens e mulheres é uma consequência do desequilíbrio das relações de gênero em que é mais comum as mulheres terem menor controle no relacionamento e poder de decisão no sexo (CAMPBELL *et al.*, 2009). Aliado a isso há o fato de que o uso do preservativo é uma prática controlada pelos homens, o que favorece o maior poder de decisão sexual do homem (MEADE & SIKKEMA, 2007; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998). Esses fatores podem funcionar como uma barreira para o poder de negociação da mulher, como a iniciação de um diálogo sobre o sexo seguro com o parceiro e a habilidade para insistir no uso do preservativo, e por isso contribuir para a frequência aumentada de sexo desprotegido na mulher (CAMPBELL *et al.*, 2009). Além disso, o transtorno mental pode ser fator que contribui para um maior desequilíbrio de poder entre os gêneros em um relacionamento e para uma maior prevalência de sexo desprotegido entre as mulheres (COLLINS *et al.*, 2008a; COLLINS *et al.*, 2008b). Mulheres com transtornos mentais com percebido estigma em seu relacionamento podem ser mais prováveis em ter a autoestima e o poder no relacionamento diminuídos, reduzindo as suas intenções de mudar comportamentos de risco e de adotar comportamentos autoprotetores (COLLINS *et al.*, 2008a; COLLINS *et al.*, 2008b; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998).

Consistente com outros estudos, os achados indicam que participantes tanto homens quanto mulheres que estavam casados ou em união estável, um marcador para relacionamentos estáveis, foram mais prováveis de praticar o sexo desprotegido recente (GUIMARÃES *et al.*, 2010; MEADE & SIKKEMA, 2005; MEADE & SIKKEMA, 2007; OTTO SALAJ *et al.*, 1998). Isso pode ser explicado pelo fato de que em relacionamentos estáveis, um alto nível de afeto no casamento é associado com confiança e fidelidade, e a manifestação do desejo de usar o preservativo por um dos parceiros pode gerar desconfiança entre eles (HAMRATRITHIRONG & KAISER, 2012; MAIA *et al.*, 2008; SILVA, 2002). Baseado

nessa explicação, o uso de preservativo pode variar de acordo com a duração do relacionamento, podendo ser frequentemente usado nos primeiros encontros e ir diminuindo progressivamente com a duração e o fortalecimento dessa relação (CHAMRATRITHIRONG & KAISER, 2012). Em estudo qualitativo de Maia *et al.* (2002) realizado com casais heterossexuais casados ou em união estável sem transtornos mentais, o uso do preservativo foi associado à prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais, não sendo compatível o seu uso no casamento. Além disso, outros estudos encontraram que o uso do preservativo em relacionamentos estáveis está vinculado à contracepção, quando existe a impossibilidade de utilizar outro método contraceptivo (e.g. pílula anticoncepcional), ou quando o preservativo é utilizado como método secundário (GUERRIERO *et al.*, 2002; MAIA *et al.*, 2008; MERCER *et al.*, 2009; PARKS *et al.*, 2009; SILVA, 2002). Em estudo qualitativo de SILVA, 2002 realizado com homens casados também sem transtornos mentais, a adoção do uso do preservativo em relacionamentos em que já era utilizado algum método contraceptivo poderia sugerir uma “traição” e gerar desconfiança. Esses fatores envolvidos em relacionamentos estáveis podem ser barreiras que dificultam a negociação do uso do preservativo com o parceiro regular e por isso podem aumentar a vulnerabilidade para o HIV em casais em relacionamentos estáveis.

Além disso, o relato de morar com o parceiro e/ou filho também foi um importante fator contextual associado a uma maior probabilidade de praticar o sexo desprotegido em homens e mulheres. É provável que essa variável atue como um importante marcador de falta de privacidade, que pode contribuir para o sexo desprotegido em relacionamentos estáveis (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

A baixa renda familiar no último mês foi associada com a chance aumentada de sexo desprotegido recente entre os homens. Não foram encontrados estudos em populações com transtornos mentais que observaram esta associação entre a baixa renda familiar e o sexo desprotegido. Entretanto, um estudo realizado em uma população de homens e mulheres quenianos solteiros com idade de 18 a 24 anos encontrou associação entre baixa renda mensal e uso inconsistente de preservativos no último mês (DAVIDOFF-GORE *et al.*, 2011). Em um estudo de base populacional feito com homens e mulheres brasileiros de 15 a 54 anos foi encontrado uma associação entre homens de uma classe socioeconômica mais baixa e o uso inconsistente do preservativo ao longo da vida (SZWARCOWALD *et al.*, 2005). Em Guerriero *et al.* (2002), um estudo qualitativo com homens empregados no ramo de transportes, foi

encontrado que um dos motivos atribuídos à não utilização do preservativo foi o seu alto custo. Davidoff-Gore *et al.* (2011) concluíram em seu estudo que pessoas com melhores recursos econômicos ganham poder para tomar decisões em seus relacionamentos, e elas usam esse poder para insistir em sempre usar o preservativo. Outras possíveis explicações para esse achado podem ser devidas às baixas condições socioeconômicas e estruturais encontradas frequentemente nesse estrato de pessoas de baixa renda que levam a uma menor condição e motivação para elas se protegerem, como, por exemplo, a indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção (e.g. preservativos); barreiras culturais; falta de recursos; dificuldade de acesso a serviços de prevenção e tratamento; maiores dificuldades na manutenção de comportamentos preventivos ao longo do tempo pela pressão permanente de ameaças concretas e urgentes como o desemprego, os problemas de moradia ou a fome (BASTOS & SZWARCOWALD, 2000).

Outro fator socioeconômico associado ao sexo desprotegido nos últimos seis meses, em mulheres, foi a idade maior que quarenta anos. No estudo de Guimarães *et al.* (2010) também foi encontrada essa associação entre a idade maior de 40 anos de homens e mulheres com transtornos mentais e o sexo desprotegido na vida. Em Szwarcwald *et al.* (2005), um estudo de base populacional com pessoas de 15 a 54 anos, encontrou que as mulheres mais novas usavam o preservativo mais frequentemente que as mulheres mais velhas. Olivi *et al.* (2008), em estudo realizado com servidores públicos com idade de 50 anos ou mais, concluíram que, pelo fato da AIDS ser uma doença recente, descoberta nos anos 80, adultos mais velhos podem ter alguma dificuldade para tornar-se consciente do uso do preservativo, pois este não fez parte da sua cultura. Os autores também concluíram que, para muitas mulheres, o uso do preservativo é associado à contracepção e não à prevenção de DST, e como muitas delas já não estão mais em período fértil, julgam não ser necessário o seu uso.

Os diagnósticos psiquiátricos, como a depressão e a ansiedade, foram associados a uma maior probabilidade de praticar o sexo desprotegido entre os homens. Em Carey *et al.* (2004) os pacientes diagnosticados com transtornos de humor, tiveram maior chance de ter tido sexo desprotegido do que pacientes diagnosticados com esquizofrenia, um diagnóstico mais grave. Meade & Sikkema (2005) encontraram que o diagnóstico psiquiátrico mais grave está associado a uma menor frequência de relação sexual vaginal e de sexo desprotegido, bem como ao menor número de parceiros sexuais. Em outro estudo longitudinal, sintomas depressivos em homens adolescentes foram associados a um maior risco de sexo desprotegido

na última relação sexual (SHRIER *et al.*, 2001). Guimarães *et al.* (2010) também encontraram que o diagnóstico de depressão e ansiedade estão fortemente associados ao risco de sexo desprotegido na vida. Os diagnósticos mais graves são funcionalmente incapacitantes, frequentemente caracterizados por deficiência cognitiva e na comunicação, aspectos estes que podem interferir no interesse e na habilidade de iniciar e manter um relacionamento sexual e por esta razão não estariam associados ao sexo desprotegido (CAREY *et al.*, 2004). Já os diagnósticos psiquiátricos como depressão e ansiedade são menos incapacitantes, no entanto, podem favorecer a impulsividade, a diminuição da consciência do risco e da habilidade social e, por isso, diminuir a capacidade de tomar decisões, negociar preservativos, e adotar e manter comportamentos preventivos (CAREY *et al.*, 2004; GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Não ter feito o teste para o HIV foi um fator associado ao sexo desprotegido recente entre as mulheres. Entretanto, essa informação não é consistente com outros estudos que mostram que indivíduos com transtornos mentais que se engajam em sexo desprotegido são mais prováveis de terem sido testados (MELO *et al.*, 2011; SENN & CAREY, 2009). Em estudo feito com mulheres com transtornos mentais graves e persistentes, as participantes que relataram um ou mais fatores de risco foram mais prováveis de ser testadas para o HIV do que aquelas que não relataram risco (WEINHARDT *et al.*, 1998). Embora nossos resultados sejam diferentes de outros estudos, esse achado é importante e pode indicar baixa informação e motivação de mulheres com transtornos mentais para proteger a si mesma e buscar cuidados para a saúde, incluindo o teste de HIV. Além disso, isso indica que a abordagem direta e a atenção para a prevenção do HIV, assim como o cuidado nos serviços de saúde mental no Brasil, possam apresentar falhas.

O tabagismo na vida foi associado com sexo desprotegido em ambos os sexos, o que é corroborado por outros estudos realizados tanto em populações com ou sem transtorno mental. Tais estudos indicam que o tabagismo é também associado com a adoção de comportamentos de risco como usar múltiplas drogas e ter múltiplos parceiros sexuais, além do sexo desprotegido, e por isso pode ser considerado um marcador de comportamento sexual de risco (VILLANTI *et al.* 2012; WOLF AND FREEDMAN 2000).

O sexo sob a influência de álcool e drogas foi um importante marcador para o sexo desprotegido entre as mulheres com transtornos mentais. Essa associação também foi encontrada nos estudos de Randolph *et al.* (2007) e Meyer *et al.* (2011) entre as mulheres, e

em Guimarães *et al.* (2010), na população de homens e mulheres com transtornos mentais. Mulheres que, por causa do estigma associado ao transtorno mental, se sintam indesejáveis e desvalorizadas podem antecipar rejeições em encontros sexuais, e por isso, podem se servir do uso do álcool e da droga antes do sexo para minimizar esse estresse (COLLINS *et al.*, 2008a). Além disso, esse comportamento pode ocorrer devido à busca de desinibição induzida por uso de substância, que pode alterar as habilidades cognitivas e de uso do preservativo, e diminuir o poder de decisão da mulher, levando-a a adoção de comportamentos de alto risco (GUIMARÃES *et al.*, 2010; MEYER *et al.*, 2011).

Finalmente, a história de violência verbal foi associada fortemente ao sexo desprotegido recente entre as mulheres com transtornos mentais. Não foram encontrados estudos que analisaram o efeito desse fator no sexo desprotegido em pessoas com transtornos mentais. Entretanto, esse resultado é consistente com estudos realizados com mulheres sem transtornos mentais (FAIR & VANYUR, 2011; ROBERT *et al.*, 2005; TEITELMAN *et al.*, 2008). É preocupante esse fator em especial, dado que foi bastante prevalente na população desse estudo, principalmente entre as mulheres (76%). De fato, a história de violência verbal é pouco estudada na população com transtornos mentais, mas é um aspecto importante a ser avaliado. A violência pode ser um fator que contribui para um baixo poder de decisão da mulher e para a baixa motivação em se proteger e pode levar a uma menor intenção de usar preservativos (HOUCK *et al.*, 2009). Além disso, a violência pode influenciar na habilidade da mulher em sugerir, negociar, ou insistir no uso do preservativo, por se sentir coagida ou com medo (CAMPBELL *et al.*, 2009). Mulheres portadoras de sofrimento mental e vítimas de violência podem ser especialmente isoladas e marginalizadas, fatores importantes que aumentam ainda mais a vulnerabilidade da mulher ao HIV (MEYER *et al.*, 2011), e que devem ser foco na construção de políticas públicas para a prevenção da violência e redução de danos.

Esse foi um estudo multicêntrico com amostra representativa da população psiquiátrica usuária dos serviços de saúde mental do Brasil. Entretanto, a exclusão de pacientes clinicamente mais graves e que, por isso, não foram capazes de participar, além da exclusão dos CAPSad que tratam exclusivamente de pacientes com transtornos de uso de substâncias, podem ter gerado estimativas conservadoras e potencialmente subestimadas do risco, considerando que esses pacientes podem estar em situação de maior vulnerabilidade. Além disso, as informações sobre o diagnóstico psiquiátrico dos pacientes foram obtidas por

prontuários médicos, ficando sujeitas à falta de informação e classificações incorretas. O delineamento deste estudo também é fator limitante para realizar inferências causais. Num estudo transversal não podemos ter a certeza das relações causais, mas pelo fato de ser um estudo representativo, poderemos ter fortes evidências de associação entre as variáveis.

## **7 CONCLUSÃO**

---

Nosso estudo reforça a evidência de que pacientes com transtornos mentais crônicos sexualmente ativos se envolvem em altas taxas de sexo desprotegido, além de outros comportamentos de risco já demonstrados na literatura, confirmando achados prévios de que esta população é altamente vulnerável à transmissão do HIV.

Além disso, foi encontrada uma maior prevalência para o sexo desprotegido nos últimos seis meses entre as mulheres evidenciando a necessidade de desenvolver e fortalecer estratégias de prevenção direcionadas às mulheres nos serviços de saúde mental. O “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), constitui um avanço na prevenção do HIV/AIDS e das DST entre as mulheres, e suas diretrizes e ações estratégicas podem ser adaptadas ao contexto das mulheres com transtornos mentais crônicos.

As diferenças de gênero foram, de fato, observadas nos resultados encontrados, o que fortalece a ideia de que políticas e estratégias de prevenção devem ser direcionadas para cada gênero. Os perfis encontrados que indicam altas proporções de comportamento sexual de risco são: homens casados, com baixa renda familiar mensal e com diagnósticos de depressão e ansiedade; e mulheres casadas, com mais de 40 anos, que nunca fizeram o teste para o HIV e que tem um histórico de terem feito sexo sob o efeito de álcool ou drogas e de serem vítimas de violência verbal. Ser tabagista foi um importante marcador de comportamento sexual de risco para ambos os sexos, e também deve ser considerado nas abordagens de prevenção.

A análise do comportamento sexual dos últimos seis meses nos possibilitou conhecer o perfil de risco dos pacientes em acompanhamento nos serviços de saúde mental (CAPS e hospitais psiquiátricos), e por isso, nos oferece subsídios para o desenvolvimento de intervenções dentro desses serviços com vistas à prevenção do HIV e das DST.

## **8 RECOMENDAÇÕES**

---

Com base nas conclusões desse estudo, apresentamos algumas sugestões que podem contribuir para a prevenção do HIV e outras DST na população com transtornos mentais:

1. As ações de promoção à saúde sexual e prevenção do HIV e DST em pacientes com transtornos mentais devem ser sistematizadas, e devem ocorrer de forma rotineira nos serviços de saúde mental, com abordagens individuais ou em grupo, levando em consideração o contexto e as características dessa população;
2. O aconselhamento em HIV/DST e a oferta do teste anti-HIV devem ser rotina em serviços de saúde mental e devem ser feitos para todos os pacientes. Uma avaliação e monitoramento de comportamento sexual de risco devem ser considerados. Um processo de avaliação e de aconselhamento adequado pode ser para o próprio paciente uma experiência educacional e servir como um motivador para reduzir o risco de transmissão para o HIV e outras DST (MEADE & SIKKEMA, 2005). Para isso, é imprescindível o preparo de profissionais de saúde que estão nos serviços de saúde mental para lidar com esse tema. Uma abordagem onde se avalia o histórico do comportamento sexual do paciente feita por profissionais preparados de forma insuficiente ou precária, pode gerar desconforto para o paciente ou despertar o medo de expor seus comportamentos de risco, para não ser reprimido ou julgado (WALKUP *et al.*, 2002);
3. Deve-se garantir a disponibilidade de preservativos e de outros insumos que facilitem o seu uso (e.g. lubrificantes) na rede de atenção psicossocial. Ações educativas que visem ao uso correto e consistente do preservativo e que estimule e torne desejável o seu uso deve ser conduta rotineira nos serviços de saúde mental;
4. Deve-se promover o conhecimento dos direitos sexuais desses pacientes, principalmente das mulheres de todas as faixas etárias, com ações que também visem ao desenvolvimento da autoestima, como estratégia para estimular o autocuidado e aumentar o poder de decidir pelo sexo seguro;
5. Deve-se estimular o diálogo sobre a sexualidade entre casais e fortalecer a habilidade de negociação do preservativo entre eles;
6. Estratégias de prevenção voltada às mulheres devem ser promovidas e fortalecidas nos serviços de saúde mental;
7. Deve-se garantir a disponibilidade do preservativo feminino na rede de atenção psicossocial, como estratégia para aumentar seu poder no relacionamento e sua habilidade na negociação do sexo seguro;

8. Deve-se promover a igualdade de gênero, em ações que visem à desconstrução de ideias e concepções que aumentam a vulnerabilidade principalmente, mas não exclusivamente, das mulheres;
9. Deve-se orientar os pacientes para a prevenção e o enfrentamento de todas as formas de violência, discriminação e intolerância que afetam a qualidade de vida das mulheres e sua dignidade, e aumentam a sua vulnerabilidade para o HIV (BRASIL, 2011c);
10. E finalmente, deve-se orientar os pacientes para as consequências do uso de substâncias no aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras DST, propiciando tratamento adequado quando necessário.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

ANASTARIO, M. P., TAVAREZ, M. I., CHUN H. Sexual risk behavior among military personnel stationed at border-crossing zones in the Dominican Republic. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 5, p. 361-7, 2010.

AQUINO, P. S., NICOLAU, A. I. O, MOURA, E. R. F., PINHEIRO A. K. B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza – CE. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 427-34, 2008.

ARASTEH, K., JARLAIS, D. C. D., PERLIS, T. E. Alcohol and HIV sexual risk behaviors among injection drug users. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 95, n. 1-2, p. 54-61, 2008.

ATTIA, S., EGGER, M., MÜLLER, M., ZWAHLEN, M., LOW, N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. **AIDS**, v. 23, n. 00, p. 1-8, 2009.

BASTOS, F. I., SZWARCOWALD, C. L. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, Suppl 1, p. 65-76, 2000.

BLACK, R. A., SEROWIK, K. L., ROSEN, M. I. Associations between impulsivity and high risk sexual behaviors in dually diagnosed outpatients. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 35, n. 5, p. 325-8, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – AIDS/DST. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos, 2008. 125p, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011b (acesso em 30/09/2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. 64p, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (acesso em 30/09/2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 78 p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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. 56p, 2005.

CAMPBELL, A. N. C., TROSS, S., DWORKIN, S. L., HU, M., MANUEL, J., PAVLICOVA, M., NUNES, E. V. Relationship power and sexual risk among women in community-based substance abuse treatment. **Journal of Urban Health**, v. 86, n. 6, p. 951-64, 2009.

CAREY, M. P., CAREY, K. B., MAISTO, S. A., SCHRODER, K. E. E., VANABLE, P. A., GORDON, C. M. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: Association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 192, n. 4, p. 289-96, 2004.

CAREY, M. P., CAREY, K. B., KALICHMAN S. C. Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illness. **Clinical Psychology Review**, v. 17, n. 3, p. 271 – 91, 1997a.

CAREY, M. P., CAREY, K. B., WEINHARDT, L. S., GORDON, C. M. Behavioral risk for infection among adults with a severe and persistent mental illness: Patterns and psychological antecedents. **Community Mental Health Journal**, v. 33, n. 2, p. 133-42, 1997b.

CDC. Advancing HIV prevention: New strategies for a changing epidemic. **MMWR**, 52, 329 – 332, 2003.

CHAMRATRITHIRONG, A., KAISER, P. The dynamics of condom use with regular and casual partners: Analysis of the 2006 national sexual behavior survey of Thailand. **Plos One**, v. 7, n. 7, p. e420009, 2012

COLLINS, P. Y., ELKINGTON, K. S., UNGER, H., SWEETLAND, A., WRIGHT, E. R., ZYBERT, P. A. Relationship of stigma to HIV risk among women with mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 78, n. 4, p. 498-506, 2008a.

COLLINS, P. Y., UNGER, H., ARMBRISTER, A. Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 3, p. 389-97, 2008b.

DAVIDOFF-GORE A, LUKE N, WAWIRE S. Dimensions of poverty and inconsistent condom use among youth in urban Kenya. **AIDS Care**, v. 23, n. 10, p. 1282-90, 2011.

DÉVIEUX, J. G., MALOW, R. L., LERNER, B. G., DYER, J. G., BAPTISTA, L., LUCENKO, B., KALICHAMN, S. Triple jeopardy for HIV: Substance using severely mentally ill adults. **Journal of Prevention & intervention in the community**, v. 33, n. 1-2, p. 5-18, 2007.

DIEFFENBACH C. W., FAUCI A. S. Thirty Years of HIV and AIDS: Future Challenges and Opportunities. **Annals of Internal Medicine**. v. 154, n. 11, p. 1-6, 2011.

EATON, D. K., KANN, L., KINCHEN, S., SHANKLIN, S., FLINT, K. H., HAWKINS, J., HARRIS, W. A. *et al.* Youth risk behavior surveillance – United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 61, n. 4, 168p, 2012.

FAIR, C. D., VANYUR, J. Sexual coercion, verbal aggression, and condom use consistency among college students. **Journal of American College Health**, v. 59, n. 4, p.273-8, 2011.

FINLAYSON, T. J., LE, B., SMITH, A., BOWLES, K., CRIBBIN, M., MILES, I., OSTER, A. M., *et al.* HIV risk, prevention, and testing behaviors among men who have sex with men – National HIV behavioral surveillance system, 21 U. S. cities, United States, 2008. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 14, 40p., 2011.

GOLDBERG, R. W., HIMELHOCH, S., KREYENBUHL, J. DICKERSON, F. B., HACKMAN, A., FANG, L. J., BROWN, C. H., *et al.* Predictors of HIV and hepatitis testing and related service utilization among individuals with serious mental illness. **Psychosomatics**, v. 46, n. 6, p. 573-7, 2005.

GUERRIERO, I., AYRES, J. R. C. M., HEARST, N. Masculinity and vulnerability to HIV among heterosexual men in São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, suppl.4, p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, M. D. C., GRINSZTEJN, B., CHIN-HONG, P. V., CAMPOS, L. N., GOMES, V. R., MELO, H. V., PILOTTO, J. H., *et al.* Behavior surveillance: Prevalence and factors associated with high-risk sexual behavior among HIV-infected men in Brazil in the post-haart era. **AIDS and Behavior**, v. 12, n. 5, p. 741-7, 2008a.

GUIMARÃES, M.D.C. (Org.) *et al.* Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1. 252 p., 2008b.

GUIMARÃES, M. D. C., OLIVEIRA, H. N., CAMPOS, L. N., SANTOS, C. A., GOMES, C. E. R., OLIVEIRA, S. B., FREITAS, M. I. F., *et al.* 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, n. 1, p.55-9, 2008c.

GUIMARÃES, M.D.C., CAMPOS, L. N., MELO, A. P. S., CARMO, R. A., MACHADO, C. J., ACURCIO, 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, n. 1, p. 43-7, 2009.

GUIMARÃES, M.D.C., MCKINNON, K., CAMPOS, L. N., MELO, A. P. S., WAINBERG, M. HIV Risk Behavior of Psychiatric Patients with Mental Illness: A Sample of Brazilian Patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 351-60, 2010.

HALLETT, T. B., SMIT, C., GARNETT, G. P., WOLF, F. Estimating the risk of HIV transmission from homosexual men receiving treatment to their HIV-uninfected partners. **Sexually Transmitted Infections**, v. 87, n. 1, p. 17-21, 2011.

HARRISON, A., O'SULLIVAN, L. F., HOFFMAN, S., DOLEZAL, C., MORRELL, R. Gender role and relationship norms among young adults in South Africa: Measuring the context of masculinity and HIV risk. **Journal of Urban Health**, v. 83, n. 4, p. 709-22, 2006.

HEAPHY, E.L.G., LOUE, S., SAJATOVIC, M., TISCH, D. J. Impact of Psychiatric and Social Characteristics on HIV Sexual Risk Behavior in Puerto Rican Women with Severe Mental Illness. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 45, n. 11, p. 1043-54, 2010.

HLADIK, F., MCEL RATH, M. J. Setting the stage – HIV host invasion. **Nature Reviews Immunology**, v. 8, n. 6, p. 447-57, 2008.

HOUCK C. D., NUGENT, N. R., LESCANO, C. M., PETERS, A., BROWN, L. K. Sexual Abuse and Sexual Risk Behavior: Beyond the Impact of Psychiatric Problems. **Journal of Pediatric Psychology**. v. 35, n. 5, p. 473 – 83, 2009.

JOHNSON, D.L. Overview of Severe Mental Illness. **Clinical Psychology Review**, v. 17, n. 3, p. 247-57, 1997.

KALICHMAN, S., MALOW, R., DÉVIEUX, J., STEIN, J. A., PIEDMAN, F. HIV Risk Reduction for Substance Using Seriously Mentally Ill Adults: Test of the Information-Motivation-Behavior Skills (IBM) Model. **Community Mental Health Journal**, v. 41, n. 3, p. 277-90, 2005.

LAWN, S. D., BUTERA, S. T., FOLKS, T. M. Contribution of immune activation to the pathogenesis and transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 14, n. 4, p. 753-77, 2001.

MAIA, C., GUILHERM, D., FREITAS, D. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.2, p. 242-8, 2008.

MCD AID, L. M., HART, G. J. Sexual risk behavior for transmission of HIV in men who have sex with men: Recent findings and potential interventions. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 5, n. 4, p. 311-5, 2010.

MEADE, C. S., SIKKEMA, K. J. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A Systematic review. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n. 2005, p. 433-57, 2005

MEADE, C. S., SIKKEMA, K. J. Psychiatric an psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. **Community Mental Health Journal**, v. 43, n. 2, p. 153-69, 2007.

MEADE, C. S., GRAFF, F. S., GRIFFIN, M. L., WEISS, R. D. HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 92, n. 1-3, p. 296-300, 2008.

MELO, A. P. S., MACHADO, C. J., GUIMARÃES, M. D. C. HIV Testing in Psychiatric Patients in Brazil. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 57, Suppl. 3, p. S157 – S163, 2011.

MERCER, C. H., COPAS, A. J., SONNENBERG, P., JOHNSON, A. M., MCMANUS, S., ERENS, B., CASSELL, J. A. Who has sex with whom? Characteristics of heterosexual partnerships reported in a national probability survey and implications for STI risk. **International Journal of Epidemiology**, v. 38, n. 1, p. 206-14, 2009.

MEYER, J. P., SPRINGER, S. A., ALTICE, F. L. Substance abuse, violence, and HIV in women: A Literature review of the syndemic. **Journal of Women's Health**, v. 20, n. 7, p. 991 -1006, 2011.

OLIVEIRA, H. N., MACHADO, C. J., GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 10, p. 1567-79, 2012.

O'SULLIVAN L. F., HOFFMAN, S., HARRISON, A., DOLEZAL, C. Men, multiple sexual partners, and young adults' sexual relationships: understanding the role of gender in the study of risk. **Journal of Urban Health**. v.83, n. 4, p. 695-708, 2006.

OLIVI, M., SANTANA, R. G., MATHIAS, T. A. F. Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 679-85, 2008.

OTTO-SALAJ, L. L., HERCKMAN, T. G., STEVENSON, L. Y., KELLY, J. A. Patterns, predictors and gender differences in HIV risk among severely mentally ill men and woman. **Community Mental Health Journal**, v. 34, n. 2, p. 175-90, 1998.

PADIAN, N.S., ISBELL, M.T., RUSSELL, E.S., ESSEX, M. The future of HIV prevention. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 60, Suppl. 2, p. S22-S25.

PAIVA, V., AYRES, J. R., BUCHALLA, C. M. Vulnerabilidade e direitos e direitos humanos - Prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. 320p.

PARKS, K. A., HSIEH, Y., COLLINS, L., LEVONYAN-RADLOFF, K., KING, L. K. Predictors of risky sexual behavior with new and regular partners in a sample of women bar drinkers. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 70, n. 2, p. 197-205, 2009.

RANDOLPH, M. E., PINKERTON, S. D., SOMLAI, A. M., KELLY, J. A., MCAULIFFE, T. L., GIBSON, R. H., HACKL, K. Severely mentally ill women's HIV risk: The influence of social support, substance use, and contextual risk factors. **Community Mental Health Journal**, v. 43, n. 1, p. 33-47, 2007.

ROBERTS, T. A., AUINGER, P., KLEIN, J. D. Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. **The Journal of Adolescent Health**, v. 36, n. 5, p. 380-5, 2005.

ROSENBERG, S. D., TRUMBETTA, S. L., MUESER, K. T., GOODMAN, L. A., OSHER, F. C., VIDAVER, R. M., Determinants of Risk Behavior for Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in People With Severe Mental Illness. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 4, p. 263-71, 2001.

SENN, T. E., CAREY, M. P. HIV testing among individuals with a severe mental illness: Review, suggestions for research, and clinical implications. **Psychological Medicine**, v. 39, n. 3, p. 355-63, 2009.

SHARP, P. M., HAHN, B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 1, n. 1, p. a006841, 2011.

SHRIER, L. A., HARRIS, S. K., STERNBERG, M., BEARDSLEE, W. R. Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. **Preventive Medicine**, v. 33, n. 3, p. 179-189, 2001.

SIKKEMA, K. J., WATT, M. H., MEADE, C. S., RANDY, K. W., KALICHMAN, S. C., SKINNER, D., PIETERSE, D. Mental health and HIV sexual risk behavior among patrons of alcohol serving venues in Cape Town, South Africa. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 57, n. 3, p. 230-7, 2011.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 36, supl. 4, p. 40-9, 2002.

STEVENSON, M. HIV-1 pathogenesis. **Nature Medicine**, v. 9, n. 7, p. 853-60, 2003.

SZWARCWALD, C.L., BARBOSA-JÚNIOR, A., DE SOUZA-JÚNIOR, P.R., LEMOS, K. R.V., FRIAS, P.G., LUHM, K. R., *et al.* HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 13, n. 3, p. 167-72, 2008.

SZWARCWALD CL, BARBOSA-JÚNIOR A, PASCOM AR, DE SOUZA-JÚNIOR PR. Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. **AIDS**, v. 19, Suppl. 4, S51-8, 2005.

TEITELMAN, A. M., RATCLIFFE, S. J., DICHTER, M. E., SULLIVAN, C. M. Recent and past intimate partner abuse and HIV risk among young women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 37, n. 2, p. 219-27, 2008.

TROSS, S., HANNER, J., HU, M., PAVLICOVA, M., CAMPBELL, A., NUNES, E. V. Substance use and high risk sexual behaviors among women in psychosocial outpatient and methadone maintenance treatment programs. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 35, n. 5, p. 368-74, 2009.

TUCKER, J. S., RYAN, W. G., GOLINELLI, D., MUNJAS, B., WENZEL, S. L., KENNEDY, D. P., GREEN Jr, H., D., ZHOU, A. Substance use and other risk factors for unprotected sex: Results from an event-based study of homeless youth. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 6, p. 1699-1707, 2012.

UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. Global Reports – Unaid report on the global AIDS epidemic, 2010. Geneva, Switzerland, 2010.

UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. Making condoms work for HIV prevention: cutting-edge perspectives. Geneva, Switzerland, 2004.

UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. Making condoms work for HIV prevention: cutting-edge perspectives (Update). Geneva, Switzerland, 2009.

VARIABLE, 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. **Journal of Prevention & Intervention in the Community**, v. 33, n. 1-2, p. 79-94, 2007.

VILLANTI, A., GERMAN, D., SIFAKIS, F., FLYNN, C., HOLTGRAVE, D. (2012). Smoking, HIV status, and HIV risk behaviors in a respondent-driven sample of injection drug users in Baltimore, Maryland: The Besure Study. **AIDS Education and Prevention**, v. 24, n. 2, p. 132-47, 2012.

WAINBERG, M., MCKINNON, K., ELKINGTON, K. MATTOS, P. E., MANN, C.G., PINTO, D.S. *et al.* HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. **World Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 166-72, 2008.

WALKUP, J., SATRIANO, J., BARRY, D., SADLER, P., COURNOS, F. HIV testing policy and serious mental illness. **Public Health Matters**, v. 92, n. 12, p. 1931-40, 2002.

WEINHARDT, L. S., CAREY, M. P., CAREY, K. B., MAISTO, S. A., GORDON, C. M. The relation of alcohol use to HIV-risk sexual behavior among adults with a severe mental illness. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, n. 1, p. 77-84, 2001.

WEINHARDT, L. S., CAREY, M. P., CAREY, K. B. HIV-risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with a severe and persistent mental illness.. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.186, n.5, p.276-82, 1998.

WHO (World Health Organization). Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, 2010.

WHO (World Health Organization). Mental Health Policy Project – Policy and Service Guidance Package, 2001.

WOLF, R., FREEDMAN, D. Cigarette smoking, sexually transmitted diseases, and HIV/AIDS. **International Journal of Dermatology**, v. 39, n. 1, p. 1-9, 2000.

**ANEXOS**

---

## ANEXO A – Aprovação do Projeto PESSOAS no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

28-FEB 11:00

PRO-REITORIA DE PESQUISA

231P04594027

P. 21

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

**Parecer nº. ETIC 125/03**

**Interessado: Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina-UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 26 de abril de 2006, depois de atendidas as diligências, o projeto de pesquisa intitulado “Estudo de soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção a m e saúde mental: u m estudo multicêntrico na cional” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O projeto será encaminhado, com o devido parecer, à CONEP, para avaliação final. O pesquisador deverá aguardar esta aprovação final para iniciar a pesquisa.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Prof. Dra. Maria Elena de Elma Perez Garcia**  
**Presidente do COEP/UFMG**

## ANEXO B – Aprovação do Projeto PESSOAS na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

05/25/2006 15:28

0612260453

CONEP

PAGE 32



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.

Após se proceder à análise das respostas ao parecer CONEP nº 246/2006, 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 do Projeto PESSOAS pela Câmara Departamental da  
Faculdade de Medicina da UFMG**




**FACULDADE DE MEDICINA**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2002.

Ilmo. Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Comunicamos que a Câmara Departamental em sua reunião do 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" sob sua coordenação.

Atenciosamente

  
Prof.ª Elza Machado de Melo  
Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina- UFMG

## ANEXO D – Ata do 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  
[cpg@medicina.ufmg.br](mailto:cpg@medicina.ufmg.br)



### Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda Eliane Rezende de Moraes Peixoto

Aos sete dias do mês de novembro de dois mil e onze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu a mestranda **ELIANE REZENDE DE MORAIS PEIXOTO** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **“COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO PARA O HIV EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA COMPARAÇÃO DE GÊNERO”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Lorenza Nogueira Campos – FHEMIG Palmira de Fátima Bonolo – UFOP. Participaram da sessão como ouvintes os professores Mark Drew Crosland Guimarães – UFMG e Carla Jorge Machado – UFMG orientador e coorientadora da dissertação, respectivamente. A sessão iniciou-se às 14h00min, na sala 829, 8º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou a aluna APTA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de novembro de 2011.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/orientador – ouvinte \_\_\_\_\_

Profa. Carla Jorge Machado/coorientadora – ouvinte \_\_\_\_\_

Profa. Lorenza Nogueira Campos \_\_\_\_\_

Profa. Palmira de Fátima Bonolo \_\_\_\_\_

Profa. Ada Ávila Assunção /Coordenadora \_\_\_\_\_

Para uso da banca:

**ANEXO E – Comprovante de submissão do artigo**

From: **AIDS and Behavior (AIBE)** <aidsandbehavior@yahoo.com>  
Date: 2012/10/15  
Subject: Acknowledgement of Receipt  
To: Mark D C Guimaraes <mark.guimaraes@gmail.com>

Dear Prof. Mark D C Guimaraes:

Thank you for submitting your manuscript, "Behavior Surveillance: Gender differences in sexual risk behavior among psychiatric patients in Brazil", to AIDS and Behavior.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following web site:

<http://aibe.edmgr.com/>

With kind regards,

The Editorial Office  
AIDS and Behavior

**ANEXO F – Artigo submetido****Behavior Surveillance: Gender differences in sexual risk behavior among psychiatric patients in Brazil**

Eliane Rezende de Moraes Peixoto <sup>a,b</sup>, Carla Jorge Machado <sup>a,b,c</sup>, Fabiana Cristina Ribeiro de Barros <sup>a,b</sup>, Mark Drew Crosland Guimarães <sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Research Group in Epidemiology and Health Evaluation, Federal University of Minas Gerais, Brazil

<sup>b</sup>Graduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Brazil

<sup>c</sup>Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Brazil

## CORRESPONDENCE TO:

Mark D C Guimarães

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Minas Gerais

Av. Professor Alfredo Balena, 190

Belo Horizonte, MG, Brazil

Tel/Fax: 55-31-3409-9109

e-mail: drew@medicina.ufmg.br

**ABSTRACT:** This study estimated the rate and correlates of recent unprotected sex among sexually active psychiatric patients in Brazil, stratified by gender. The prevalence of unprotected sex among women and men were 89% and 77%, respectively. Significant correlates with unprotected sex were: being married/in union, living with children/partner, and cigarette smoking in both genders; lower income and less severe psychiatric diagnoses among men only; older age, no previous HIV testing, sex under the influence of alcohol/drugs, and verbal violence among women only. Interventions to reduce risk behavior among psychiatric patients in Brazil are urgent and should take into account gender differences.

**Keywords:** HIV, Sexual behavior, Mental disorders, Gender, multicenter study, Brazil